



UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

**RASGOS CULTURALES, POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA. CASO: POBLACIÓN DEL CANTÓN CUENCA. PERIODO
2011 – 2013**

Tesis previa a la obtención
del título de Sociólogo

AUTOR: Sandro Patricio Pesántez Pesántez

DIRECTORA: Lcda. Ana Cecilia Salazar Vintimilla

Cuenca-Ecuador

2013



RESUMEN

Antecedentes: En el Ecuador, se ha implementado un conjunto de políticas públicas que se ocupan de la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva, desarrollando programas y acciones en un contexto social y cultural diverso, algunos de los cuales cuestionan su aplicación, debido al contraste con su cosmovisión, ideologías y creencias. El uso de anticonceptivos ha representado una gama de afecciones y enfermedades físicas, psicológicas y en el orden afectivo de las personas que lo usan, desencadenando cambios y comportamientos sociales dispares en relación a la sexualidad.

Objetivo: Analizar aspectos culturales y los cuestionamientos a las políticas públicas sobre la anticoncepción en el marco de la salud sexual y reproductiva en el cantón Cuenca desde el 2011.

Método: Análisis de estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), y de otras instituciones, observaciones de campo, revisión de varias publicaciones visuales y escritas.

Resultados: Las políticas públicas, planes y programas sobre sexualidad y reproducción han sido aplicadas verticalmente desde el Estado y desde las propuestas de organismos internacionales sin un debate y consenso previos con la población. Las mujeres son las que más usan anticonceptivos y las que se responsabilizan del control natal. Hay una mala calidad de la educación sexual en los niños, niñas, y adolescentes ya que están inmersos en una cultura que fomenta la actividad y práctica sexual sin una debida comprensión de los riesgos y consecuencias. El estado busca respuestas al control natal y los riesgos de salud asociados con campañas, publicidad, promoción y distribución de métodos y elementos anticonceptivos.

Palabras claves: Salud Sexual y Reproductiva, Políticas Públicas, Anticoncepción, Derechos Sexuales y Reproductivos.



ABSTRACT

Background: In Ecuador, we have implemented a set of policies that address contraception and sexual and reproductive health, developing programs and actions in a social context and culturally diverse, some of whom question his application, because of the contrast with their worldview, ideologies and beliefs. Contraceptive use has represented a range of conditions and diseases physical, psychological and emotional order of the people who use it, triggering changes and disparate social behaviors in relation to sexuality.

Objective: To analyze cultural and public policy questions about contraception in the context of sexual and reproductive health in the canton Basin since 2011.

Method: Analysis of statistics from the National Institute of Statistics and Census (INEC), and other institutions, field observations, review of visual and written several publications.

Results: Public policies, plans and programs on sexuality and reproduction have been applied vertically from the state and from the proposed international agencies without prior discussion and agreement with the population. Women are the most use contraceptives and those responsible birth control. There is a poor quality sex education in children and adolescents as they are immersed in a culture that encourages activity and sexual practice without proper understanding of the risks and consequences. The state seeks answers to birth control and health risks associated with campaigns, advertising, promotion and distribution of contraceptive methods and elements.

Keywords: Sexual and Reproductive Health, Public Policy, Contraception, Sexual and Reproductive Rights.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
INTRODUCCION	10
CAPITULO I	12
1. POLITICAS PÚBLICAS EN EL ECUADOR.....	12
1.1 Salud sexual y reproductiva en el ecuador y el cantón Cuenca.....	12
1.1.1 Concepto y antecedentes de las políticas públicas	12
1.1.2 Políticas públicas y políticas sociales en el Ecuador.....	13
1.1.3 Políticas públicas en salud sexual y reproductiva en el Ecuador	14
1.1.4 La Constitución del 2008 y la salud sexual y reproductiva	17
1.1.5 Plan Nacional del Buen Vivir	18
1.1.6 Política de salud sexual y reproductiva	19
1.1.7 Derechos sexuales y derechos reproductivos	20
1.1.8 Políticas cantonales: ordenanzas municipales.....	25
1.2 Feminismo y salud sexual y reproductiva	27
1.3 Género y salud sexual y reproductiva.....	28
CAPITULO II	31
2. RIESGOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	31
2.1 Cuestionamientos culturales a las propuestas anticonceptivas	31
2.1.1 Los métodos anticonceptivos	33
2.2 Bioética, anticoncepción y reproducción humana.....	34
2.3 Bioética y la visión pro vida.....	37
2.4 SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	39
2.4.1 Consecuencias sociales de las acciones de la salud sexual y reproductiva	39
CAPITULO III	48
3. LA ANTICONCEPCIÓN EN EL CANTÓN CUENCA	48
3.1 Efectos de los anticonceptivos en hombres y mujeres	48
3.1.1 La anticoncepción en América Latina y el Ecuador.....	48
Sandro Patricio Pesántez Pesántez	4



3.1.2 Aspectos relevantes en el Ecuador	49
3.1.3 Antecedentes geográficos y demográficos del Cantón Cuenca	51
3.1.2 La salud reproductiva	57
3.2 Consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las acciones de la salud sexual y reproductiva	58
3.2.1 Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.....	58
3.3 El aborto y la pastilla del día después	63
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	74
ANEXO 1: RESUMEN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	74
ANEXO 2: DISEÑO DE TESIS	77



Yo, Sandro Patricio Pesántez Pesántez, autor de la tesis **“Rasgos Culturales, Políticas Públicas en la Salud Sexual y Reproductiva. Caso: Población del Cantón Cuenca. Periodo 2011 - 2013”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Sociólogo. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, octubre de 2013


Sandro Patricio Pesántez Pesántez
C. I. 01033220220



Yo, Sandro Patricio Pesántez Pesántez, autor de la tesis **“Rasgos Culturales, Políticas Públicas en la Salud Sexual y Reproductiva. Caso: Población del Cantón Cuenca. Periodo 2011 - 2013”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, octubre de 2013

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sandro Patricio Pesántez Pesántez'.

Sandro Patricio Pesántez Pesántez
C. I. 01033220220



AGRADECIMIENTO

A la Santa Trinidad un solo Dios, a lo mejor
que la humanidad ha dado a Dios: la Virgen
María, nuestra Madre.

A mi papacito Humberto y a mi mamacita
Digna Marieta +

A mis hermanos Ángel, María, Pilar, Gabriela

De manera especial a Norma mi esposa a
Camilo y Micaela

A Pio Francisco +

Con gratitud a la Lcda. Ana C. Salazar en
calidad de directora de esta tesis.

A todos varones y mujeres, que de distintas y
muchas formas contribuyeron a este logro.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las mujeres, a los niños, las niñas y adolescentes y a todos quienes trabajan por un auténtico buen vivir.



INTRODUCCION

Las políticas públicas se orientan a determinar medidas para la regulación de la sociedad, que establezca un equilibrio en las relaciones de los diferentes actores sociales, tanto del orden público como privado. Garantizan la participación social y los derechos y hacer efectivo –según la Constitución ecuatoriana del 2008- el Buen Vivir.

Desde los años 90 el Estado ecuatoriano asume e implementa políticas relacionadas a la protección de la mujer contra la violencia y a favor de la maternidad promoviendo la igualdad y equidad de género.

Las luchas femeninas impulsan, una normativa legal que las promueva, proteja y ampare. Se desarrollan programas de acción en materia de salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, entre otros. El plan de gobierno en el 2007, llamado del Buen Vivir contempla, el disfrute de la sexualidad, ligada al acceso de los métodos anticonceptivos y a la planificación familiar. Al tiempo que, cuidados para la mujer embarazada y la protección al niño por nacer. Etc.

Las políticas de salud sexual y reproductiva, fueron desarrolladas a partir de la planificación familiar y de programas de acción impulsadas desde el ámbito internacional, principalmente de la ONU y sus distintas Cumbres, Conferencias, ligando la salud sexual y reproductiva al control de la natalidad, planificación familiar, reducción de la mortalidad materna infantil, embarazos no deseados, aborto, enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre otros.

Los derechos sexuales y reproductivos parten del reconocimiento del cuerpo como espacio para su ejercicio, por tanto, de una autodeterminación del ser, bajo esta perspectiva se han creado varios reglamentos, códigos, leyes, nacionales y locales impulsando temas de la sexualidad y la procreación. Son los movimientos feministas principalmente los que han influido en estos campos, de la apropiación del cuerpo para la libertad de elección. El feminismo a desarrollado también el concepto y la categoría de género que sustenta la realidad en las construcciones sociales.



La anticoncepción impulsada desde el derecho, desde la salud, ha dado pasos sobre posiciones de la sociedad, culturales y religiosas. Se han aplicado medidas desde el control natal, cuyo eje es el riesgo poblacional, que crea desequilibrios por su crecimiento a nivel nacional e internacional.

Sin embargo, los conflictos asociados a la anticoncepción no han recibido un tratamiento adecuado por parte del Estado y sus dependencias de salud. Los métodos anticonceptivos físicos, químicos, hormonales, conllevan riesgos de salud física, entre ellos algunos tipos de cáncer y psicológica desde depresión.

La Bioética examina la anticoncepción y algunas medidas cuestionables desde la ciencia, desde algunos principios de autonomía, de beneficencia y de justicia. El desarrollo de la experimentación en temas de fecundación humana, la manipulación de células madres y la eutanasia que vuelven enemiga a la ciencia de la vida.

La anticoncepción en el Ecuador lleva alrededor de cuarenta años, ha disminuido la natalidad pero ha desarrollado también una población con una mentalidad contraria a la vida, temerosa del tener hijos y al tiempo que impulsa una práctica sexual a título de educación y al consumo de anticonceptivos, con poca información y formación.

Cuenca muestra una baja en la tasa de natalidad, pero ha subido el índice de maternidad en adolescentes, ha reducido la edad del inicio de las prácticas sexuales y el Estado plantea como solución la distribución de más anticonceptivos que sumados a una visión utilitarista de la persona y del deleite sexual sin responsabilidades que desarticulan a los valores humanos y rompen la unidad generacional han causado estrago en los jóvenes varones y mujeres, también entre los adultos, en los primeros ha implicado desde suicidios y abortos, en los adultos divorcios e inestabilidad matrimonial y familiar que repercute fuertemente en toda la sociedad.



CAPITULO I

1. POLITICAS PÚBLICAS EN EL ECUADOR

1.1 Salud sexual y reproductiva en el ecuador y el cantón Cuenca

1.1.1 Concepto y antecedentes de las políticas públicas

Las políticas públicas tratan los asuntos públicos y sus problemas, la resolución de los mismos en una agenda política pública, las políticas públicas definen el [...*como, por qué y para que, los gobiernos adoptan determinadas medidas y actúan y no actúan*"]¹ estudian el porqué de las acciones del gobierno y sus efectos. Al ocuparse de lo público, las políticas públicas implican un ámbito colectivo no individual ni privado, que requiere la regulación gubernamental y social de una adopción de medidas comunes, considerando que hay una interdependencia entre lo público y lo privado, a veces con demandas contrapuestas.

El debate de las políticas públicas radica en la definición de lo público y lo privado, históricamente estos conceptos han ido variando, un primer intento de conciliar estas demandas las encontramos en la Polis griega, que describe Aristóteles. En el siglo XIX, los economistas políticos, consideraron que la solución del conflicto entre el interés público y privado, radicaría en el desarrollo de las ideas sobre el mercado. El crecimiento del interés individual, fomentaría el interés público. El Estado y la política debían crear condiciones para resguardar este interés público, por tanto a menor actividad estatal mejor desempeño. [...*la intervención pública sería deseable en la medida en que asegura un marco legal y de derechos...*]² que no interfiera con el interés personal y privado que confluiría en el interés público, este argumento lo plasma Adam Smith en su obra *Las riquezas de las naciones* publicada en 1776.

¹Heidenheimer, A. J., Heclo, H. y Teich, C., *Comparative, Public Policy, The politics of Social Choice in America, Europe and Japan*, New York, St Martin's Press, 1990, p.3. Citado por Parsons, Wayne, *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas*, Trad. Al español por Ateneo Acevedo, México, Flacso - México, 2007, p. 31.

²(Parsons, Wayne, *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas pública*, 38)



Esta idea liberal que muestra una claridad en la diferencia entre lo público y lo privado, a fines de siglo XIX, pierden vigencia para dar paso a políticas públicas que penetran todos los aspectos de la vida social, educación, salud, bienestar social y quedan sujetas al Estado, varios problemas simplemente dejaron de ser privados. Considerando que las actividades privadas tienen una incidencia en lo público.

A Principios del siglo XX un nuevo enfoque el del nuevo liberalismo, planteado por autores como Dewey y Keynes, quienes miran a la erudición de los gobiernos, su capacidad y al conocimiento como el elemento que permiten un equilibrio entre la esfera pública y privada.

En la década de los 70 el estado de Bienestar Keynesiano, parecía haber creado más problemas que respuestas, dando paso a una nueva derecha, con pensadores como Friedman y Hayek, quienes miran soluciones en la regulación del mercado con su mano invisible, considerando un error que las políticas públicas promuevan el interés público, pues este último se fomenta en la libertad de los intereses privados, contrayendo el sector público.

Para Weber el crecimiento del Estado desarrolla una burocracia racional de administración pública que asegura el interés público, con servidores neutrales que hacen la voluntad del pueblo que los elige, pero a fines de los 70 lo público y lo privado se desdibuja así como las funciones del burócrata y el político. En la década de los 80 y 90 las esferas públicas y privadas y su regulación quedan en manos del mercado y fue el sustento de la teoría y práctica de las políticas públicas con un enfoque de gestión del sector público.

1.1.2 Políticas públicas y políticas sociales en el Ecuador

Los planes de políticas públicas más allá de instrumentos técnicos, son herramientas de movilización social que permiten que la sociedad y sus instituciones garanticen la participación social y los derechos. El Ecuador en la Constitución del 2008 pretende garantizar esta norma y sus derechos, que se regulen disponiendo: que las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios buscan hacer efectivo el buen vivir, fundamentadas en la solidaridad, la prevalencia de los derechos es el interés general sobre el interés particular,



si las políticas públicas que se ejecuten deriva algún conflicto, no deben vulnerarse los derechos constitucionales sino adaptar y reformular dicha política pública o bien o servicio, la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas debe garantizar la participación de las personas.

Las políticas públicas se componen de un conjunto de lineamientos y formulaciones explícitas, con propósitos a corto tiempo, finalidades de mediano y largo tiempo y estrategias para hacerles efectivos en una realidad social. Mediante programas diseñados y aplicados por los actores sociales. Las políticas públicas clarifican la realidad, muestran los problemas y las necesidades de la sociedad y las formas de cómo se van a atender y resolver.

Las políticas públicas [*“...hablan del concepto de ciudadanía, de persona, de valores humanos como la igualdad, y de los esfuerzos por establecer principios basados en la equidad”*]³.

La política pública se fundamenta en el bienestar social colectivo, que respondan a las necesidades de la población y la funcionalidad y reproducción de la estructura social. Con altos niveles de participación colectiva, de la sociedad civil, para disminuir eliminar diferencias socioeconómicas entre grupos sociales y las desigualdades en la redistribución de los servicios del Estado. Con medidas como el empleo que permitan una vida de calidad con acceso a los servicios básicos salud, educación, vivienda, alimentación, seguridad social, cultura y recreación.

1.1.3 Políticas públicas en salud sexual y reproductiva en el Ecuador

En los años 90 el Estado asume el problema de la violencia intrafamiliar y de género, en el 94 inician su funcionamiento las Comisarias de la Mujer, se crea la Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia, al siguiente año se tipifica como delito la violencia contra la mujer. En el 97 se crea el Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, e inicia una actividad encaminada a una

³ Castro, Sánchez, Ana Elisa y Evangelista Martínez, Elí, *Desarrollo Local y Trabajo Social*, México, Mimeo, ENTS-UNAM, 1999, p. 20



igualdad de género. La V Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres, en Beijing 1995, que promueve en sus planes de acción la participación política y la toma de decisiones impulso a la creación de la Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas CPME en 1996.

Estas acciones impulsan entre otras cosas el acceso igualitario a puestos y cargos públicos. En la Constitución del 1998 se incluye varias normas para la promoción de la igualdad de género y derechos de las mujeres, incluidos temas sobre la salud sexual y reproductiva. Temas como igualdad ante la ley y la no discriminación, decisiones libres y responsables sobre su vida sexual y reproductiva, la generación de parte del estado de políticas públicas para la igualdad de las mujeres.

A fines del 2006, el Ecuador elige un nuevo mandatario en la persona del Economista Rafael Correa, quien a pesar de una corta trayectoria política pública es elegido presidente auspiciado por el movimiento Alianza País, Uno de los elementos que lo llevo al triunfo electoral fue la propuesta de convocatoria a una Asamblea Constituyente. Efectivamente en abril del 2007 se plantea una Consulta Popular para dar paso a una Asamblea Constituyente que redactara una nueva Constitución Política la misma que fue aprobada y publicada en octubre del 2008.

El proceso constituyente se enmarca dentro de una fuerte crisis política y económica en el Ecuador. Crisis que implico la destitución de varios presidentes en la última década, la agitación y conmoción social presionó duramente a los distintos gobiernos por una recomposición de la institucionalidad del Estado, que no daba respuesta a los clamores de la gente, la movilización de amplios sectores sociales permitió gestar esta Asamblea Constituyente que debía recoger las distintas necesidades de los ecuatorianos para plasmarlas en la redacción de esta nueva Constitución Política del Ecuador.

Entre estos sectores sociales, organizaciones de mujeres que se reunieron en junio de 2007 en Riobamba, en una Pre-Constituyente, definieron como “reivindicaciones irrenunciables”, no negociables, los derechos de las



mujeres logrados en la Constitución del 98. Como son: estado laico, libertad de conciencia, igualdad no discriminación, “derecho a decidir: las personas tienen derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su cuerpo, salud, vida sexual y reproducción”, representación paritaria a todas las funciones del estado, sea por elección o designación, justicia de género, eliminación de sexismo, machismo, androcentrismo y formas de discriminación. Entre otras.

El Congreso del 2006 - 2007 buscó eliminar del Código de Salud, aspectos de derechos sexuales y reproductivos y penalizar el aborto terapéutico, propuesta que finalmente fue desechada y el mismo Congreso fue declarado vacante por la nueva Asamblea Constituyente.

En el plan de Gobierno de Alianza País en el 2006, se plantea el respeto a los derechos de las mujeres, con prácticas de equidad de género entre otros distintos ámbitos. Las mujeres en la lucha por una participación equilibrada e igualitaria en el ámbito público y político, han logrado reflejar parte de sus expectativas en los últimos años.

Patricia Palacios, en un artículo de análisis sobre “los derechos de las mujeres en la nueva constitución”, considera tres puntos importantes para el debate:

a) Sobre el Estado laico y el derecho de las mujeres a decidir, se invoca a Dios en el texto constitucional, en el Preámbulo y se define al Estado laico, en los Principios Fundamentales. En su momento el presidente Correa, afirmó no suscribir la nueva Constitución si contradecían su formación cristiana, dejando en claro que postulados de la salud sexual y reproductiva como “mi cuerpo mi elección”, él no las entendía, que [...“*es claro que el embrión, feto o bebé que una madre porta ya no es parte de su cuerpo, y nadie tiene derecho a decidir sobre esa nueva vida...*”]⁴ y si se aprobaba la eutanasia prenatal el mismo votaría no en el referendo constitucional final.

⁴ Patricia Palacios Jaramillo, “Los derechos de las mujeres en la nueva Constitución”, artículo de análisis del Cuaderno: “La Asamblea Constituyente: contexto, funcionamiento y estrategia de actores”, IRG Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza, 03.2008, <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-452.html>.



b) Sobre el aborto, tema bastante sensible entre los funcionarios públicos y la ciudadanía en general, la propuesta de la despenalización en toda circunstancia, amparándose en el derecho de aborto seguro.

c) Sobre la institucionalidad promotora de equidad de género en Ecuador.

La multiplicidad de organizaciones de mujeres, la disparidad de pugnas feministas, han llevado a entender que cada cual se representa a sí misma, en última instancia, o que todas representan a todas creando inestabilidad en el movimiento de mujeres y perdiendo autonomía y direccionalidad.

1.1.4 La Constitución del 2008 y la salud sexual y reproductiva

La Constitución ecuatoriana del 2008, aprobada en Ciudad Alfaro Montecristi, en su preámbulo, invoca a Dios, en una diversidad religiosa y espiritual, busca construir y lograr el Buen Vivir “sumakkawsay”, en una sociedad donde prime la dignidad de las personas y colectividades.

Es importante resaltar algunos principios fundamentales de la Constitución relacionados a la promoción de la igualdad y no discriminación en un espacio pluricultural e intercultural, la calidad de la información, la responsabilidad y libertad de la educación por parte de los padres para sus hijos. Aspectos que en la práctica, han significado una pugna por intereses de distintos grupos sociales contrapuestos.

Referente a la salud, garantiza, ambientes sanos, acceso a salud a sus programas y acciones y de manera explícita a la salud sexual y reproductiva, en el Art 32. Contempla principios como la bioética. En el Art. 45 los niños, niñas, adolescentes (NNA) gozan de cuidado y protección desde su concepción, protección frente a difusión violenta racial o de género.

En el Art 52, derecho a información veraz no engañosa, En el Art. 54 responsabilidad penal por malos servicios. En un ámbito de fuertes intereses económicos y sociales y al mismo tiempo de una sociedad bastante frágil y vulnerable por la poca y mala calidad de la educación formal e informal, que permiten introducir con facilidad el uso y prácticas que pueden resultar nocivas. En el Art. 66 se garantiza la no pena de muerte, y la inviolabilidad de la vida. En



este mismo artículo en el numeral tres a una integridad psíquica moral y sexual. Es importante destacar el literal d de este numeral que prohíbe el uso de material genético y la experimentación científica que atenten contra los derechos humanos, por tanto sobre la manipulación de células madres, la fecundación in vitro, clonación, entre otros. En el Numeral 8, se garantiza la práctica libre en público o privado de sus creencias o religión.

En el Art. 10 se plasma el derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva, y a la privacidad de otorgar información personal sobre salud sexual y reproductiva, salvo aspectos de salubridad grave pública nacional. La implicación del derecho a decidir pasa por la libertad, por una autodeterminación, por la capacidad y posibilidad de hacer con su cuerpo y su capacidad reproductiva lo que tenga planeado. En USA, y países del norte, donde es legal el aborto, esta expresión en ingles “pro choice” define a quienes están a favor de esta práctica. Ciertamente el derecho a decidir, relacionado al cuerpo se vuelve peligroso cuando el significado no está enmarcado más allá de la libertad, en la responsabilidad de varones y mujeres. Responsabilidad que debe mirarse desde los aspectos culturales, ideológicos, sociales, religiosos que conducen las actitudes de las personas.

1.1.5 Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan Nacional de Desarrollo llamado el Plan Nacional del Buen Vivir, para el 2009 2013, aprobado por el Consejo Nacional de Planificación, es un instrumento que en la Constitución sujetará las políticas, programas y proyectos públicos, con observancia obligatoria.

El definir el buen vivir no resulta fácil, es una construcción social, pero se puede decir que el Buen Vivir es [*“...la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el fortalecimiento saludable de todos, en paz y armonía...”*]⁵. En los Objetivos Nacionales para el Buen Vivir, se plantean algunos lineamientos como: En su objetivo Nro. 3 en la Política 3.4. Sobre la atención integral a las mujeres y a los

⁵René Ramírez, *Igualmente pobres, desigualmente ricos*. Quito, Ariel-PNUD, 2008 p. 387. Citado por: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES, *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013*, Quito, SEMPLADES, 2009, p. 10.



grupos de atención prioritaria. El enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural. En el literal f. trata de la promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el disfrute de su sexualidad, el acceso a métodos de planificación familiar, intimidad, confidencialidad y el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas. En el literal g. valorar la salud en el embarazo, parto y posparto. Acciones para reducir la mortalidad materno-infantil.

En el literal k. busca fortalecer las acciones y servicios de la salud sexual y reproductiva, sin discrimen ni violencia y empoderar a las mujeres en el ejercicio de sus derechos. En el literal l. acciones para prevención del embarazo adolescente y a los padres adolescentes un apoyo integral.

1.1.6 Política de salud sexual y reproductiva

El Consejo Nacional de Salud, en agosto del 2007 retomando un primer documento en el 2004, planteamientos desarrollados por el CONAMU, plantea políticas nacionales en torno a la salud sexual y reproductiva. Basada en preceptos constitucionales, en las convenciones, pactos y convenios, declaraciones y leyes nacionales e internacionales, inspiradas en las conferencias del Cairo y de Beijing, formulan esta política en función del desarrollo económico y humano como asunto público. Con la participación de diversos grupos humanos.

Las Naciones Unidas han reunido a los países en conferencias, pactos, acuerdos, declaraciones, internacionales para tratar temas de pobreza, población, mujer, niños, pueblos etc. El Ecuador ha suscrito casi todos estos acuerdos y con carácter vinculante es decir obligatorios, con reportes de los avances realizados.

Las conferencias del Cairo y Beijing, desarrollaron los temas de derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de la mujer, para superar tasas altas de mortalidad materna, embarazos no deseados, aborto, enfermedades ITS, con un manejo del tema en términos de dignidad y respeto, con la autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción, el acceso a la planificación familiar y a la anticoncepción.



Los servicios brindados por instituciones públicas y privadas aun son menores de las esperadas, hay actividades que se hacen de forma parcial y específicas tales como planificación familiar.

En el caso de partos en el Ecuador el 72 % es institucional, el resto sin asistencia profesional. Los servicios de salud sexual y salud reproductiva requieren mejorarse que permitan a los usuarios una decisión con conocimiento y acceso a servicios de calidad.⁶

En la Cumbre del Milenio, el Ecuador conjuntamente con 188 Estados miembros de las Naciones Unidas, establecieron en el año 2000 los siguientes objetivos y suscribió el compromiso para cumplirlos:

Objetivo 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Objetivo 2. Lograr la educación primaria universal

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4. Reducir la mortalidad en la infancia

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Objetivo 6. Combatir el VIH-SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

1.1.7 Derechos sexuales y derechos reproductivos

En el ámbito del derecho, se parte del reconocimiento al individuo frente al Estado con deberes y responsabilidades, del reconocer el cuerpo como espacio para ejercer los derechos. El cuerpo que representa lo más propio y exclusivo del individuo, y que requiere reconocimiento del Estado como garante y corresponsal de los derechos de sus actores, como personas individuales o sociales, un Estado con derechos capaz de regular a estos individuos y a la sociedad de acuerdo al bien de sí mismo y del bien común, con individuos conscientes de sus derechos del respeto y orden que posibilitan en el marco de acuerdos, normas y reglamentos. El derecho y el reconocimiento del individuo, de su cuerpo como forma física, moral e intelectual para desenvolverse como

⁶ Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Quito, Ministerio de Salud Pública, 2007, p.15.



individuo en su espacio social. En el ámbito del ejercicio de la sexualidad la garantía del bienestar ligada a la reducción de riesgos y peligros en cuanto a enfermedades, efectos por acción y omisión de violencia y que criminalicen estos actos. Y que fundamente relaciones en base al respeto y de la valoración del otro.

Al hablar de derechos de salud, es también un derecho económico social y cultural, que va más allá de la ausencia de enfermedad. La salud sexual y reproductiva se vincula con derechos sexuales y reproductivos, con los derechos humanos y son universales. Los tratados y convenios internacionales implican la obligación para los estados suscritos respetar, garantizar y proteger los derechos en cada nación. Por tanto se busca eliminar la discriminación contra la mujer en materia de salud, en condiciones de igualdad entre los sexos. La atención médica, la que tienen que ver con la planificación de la familia es parte del artículo 12 de la Convención sobre La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW del año 89⁷.

En la Recomendación General Nro. 24 del Comité de la Convención se menciona en el numeral 29 y 30 eliminar la discriminación y ejecutar estrategias para la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Incluidos servicios de salud sexual y genésica.

En el literal a. El estado debe considerar una perspectiva de género en las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer con su participación en políticas y programas en sus diferentes etapas. De planificación y ejecución.

Literal b. Eliminar barreras que impidan el acceso e estos servicios en especial a las adolescentes para prevenir el embarazo precoz y enfermedad de transmisión sexual. Es importante considerar que el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual están vinculadas a una práctica sexual, irresponsable antojadizo y aventurado, donde se ha empobrecido conceptos ligado al valor de la persona, de su intimidad, del respeto a su espacio propio,

⁷ (Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, p. 18)

principios que se han visto deteriorados y suplantados por la visión hedonista moderna y por nuevos paradigmas que fomentan e inducen a prácticas sexuales. Los servicios para evitar el embarazo y las enfermedades deben ser integrales más allá de la distribución de elementos físicos de anticoncepción y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Literal c. Priorizar y prevenir el embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual, y reducir las tasas de mortalidad en la maternidad. Y se sugiere también medidas que eliminen la punición del aborto. Y el literal d y e sobre la calidad de los servicios y la compatibilidad de la salud con los derechos humanos de la mujer, sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa. La planificación familiar ha logrado efectivamente reducir en nuestro medio la tasa de crecimiento poblacional. Los métodos anticonceptivos aplicados han logrado su propósito, pero no resulta una respuesta óptima a los intereses de las mujeres, dichos métodos han causado efectos importantes, comenzando desde el discurso, que minusvalora la función procreadora de la mujer, en aras de la profesionalización y el ámbito laboral que ha convertido a todos o muchos en hijos indeseados, en parte también por los fracasos de los métodos que requieren como respuesta la eliminación de la punición del aborto, siendo el remedio peor que la enfermedad. Hasta los efectos negativos para la salud en las mujeres por el uso de estos métodos. Se ha dejado de lado la educación sexual en ese sentido del respeto y desde el campo de la autoestima para dar paso al libertinaje con “protección”.

Literal f. Desarrollar programas de estudios que cursos obligatorios que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de 1994, definió el término como:

[“derechos reproductivos” como derechos que “abarcen ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros



*documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos”]*⁸.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing estableció que:

*[“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y salud reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen además el Consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las Consecuencias del comportamiento sexual.”]*⁹

Los derechos reproductivos y los sexuales de la mujer con los derechos humanos e internacionales, se combinan en una búsqueda de una práctica sexual responsable y positiva con elementos generales para una visión que deben ajustarse a las propias de los diferentes lugares países y pueblos, con integración de los entenderes y saberes locales.

⁸ (Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, p.20)

⁹ (Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, p.20)

Cuadro No. 1.1 Leyes y Reglamentos ecuatorianos y Acuerdos y Pactos internacionales suscritos.

Leyes y reglamentos ecuatorianos de salud sexual y reproductiva	Acuerdos y pactos internacionales suscritos
<ul style="list-style-type: none"> • La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Política Nacional de Salud (2002), • Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. • Código de la Niñez y Adolescencia (2004), • Ley contra la Violencia a la mujer y la familia (1995), • Ley sobre Educación para la sexualidad y el amor (1998), • Ley del VIH/SIDA (2000), • Ley de Derechos y Amparo al Paciente (1995), • La Ley de Maternidad Gratuita y Atención de la Infancia (1994 y las revisiones de 1998, 2000 y 2005) • Políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos. 2007 • Plan Nacional del Buen Vivir 2009 2013 • Constitución Política del Ecuador 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal). • Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. • Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. • Convención sobre los Derechos del Niño. • Convención Americana de Derechos Humanos. • Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo 1994 CIPD. • Cuarta Conferencia Mundial para la Mujer (Beijing 1995) • Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer CEDAW (Convención de la Mujer). • Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará). • 57ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo del 2004

Fuente. El autor.

En el Ecuador existe en la actualidad acciones derivadas de las políticas sobre la salud y derechos reproductivos como es la Estrategia Emblemática Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar – ENIPLA, con su campaña Habla Serio Sexualidad sin Misterios, con la participación de los Ministerios Coordinador de Desarrollo



Social, MIES, MSP, MINEDUC y SENAMI y con alta prioridad desde la Presidencia.

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA) es una política pública con acciones y planes. Con el propósito de prevenir el embarazo en adolescentes, bajar el número de embarazos no deseados, evitar la mortalidad materna, prevenir la violencia sexual. Con cuatro ejes:

- a) información y educación y consejería sobre sexualidad integral, a cargo del Ministerio de Educación: quienes han priorizado la capacitación a maestros y estudiantes, la creación de módulos de estudio para todas las instituciones.
- b) Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a cargo del Ministerio de salud. Entre sus actividades ha sido importante la capacitación a profesionales de la salud, la distribución de 12 millones y medio de métodos anticonceptivos, alrededor de 70 mil anticonceptivos orales de emergencia AOC, 10 millones y medio de preservativos masculinos y femeninos desde enero del 2012 a marzo del 2013.¹⁰
- c) Acción social y comunitaria, dialogo social a cargo del MIES
- d) Transformaciones y patrones culturales a cargo de Ministerio Coordinador de Desarrollo social, quienes han lanzado comerciales televisivos, publicidad en vallas, programas radiales todas con alcance nacional, entre otras actividades.

1.1.8 Políticas cantonales: ordenanzas municipales

Si bien es cierto, que las políticas del Estado ecuatoriano, conjuntamente con todos los códigos, leyes, reglamentos que se crean, es de aplicación y de carácter nacional, a pesar de ello en el Cantón Cuenca, ha habido también iniciativas locales de parte de algunas instituciones principalmente del Concejo Cantonal quienes expidieron dos ordenanzas en los últimos dos años. Una

¹⁰ Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, "Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)", 20 09 2013, <http://www.desarrollosocial.gob.ec>



respecto al tema de la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y otra relacionada al enfoque de Género.

En el cantón Cuenca se expide la Ordenanza para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, en mayo de este año, por la que se institucionaliza la red de salud sexual y salud reproductiva en el cantón Cuenca.

La ordenanza se fundamenta en la constitución, y en varios artículos relacionados a la sexualidad y la reproducción, se basa también en convenios y acuerdos suscritos por el Ecuador, principalmente las Conferencias Internacionales del Cairo y Beijing.

En el censo de población y Vivienda del 2010, el 58.7 % de la población tienen menos de 30 años, es decir las políticas públicas deben orientarse a esta población que representa más de la mitad.

Algunos estudios han determinado también que existe una relación directa entre la edad de primer embarazo y las condiciones de pobreza. El Proyecto CERCA en investigaciones en el año 2011, concluyo que el inicio de las relaciones sexuales en el país es de 14 años para los hombres y 15 para las mujeres, y solo el 20 % recibe información y consejería. En Cuenca se articuló desde el 2000, la Red de Salud Sexual y Reproductiva, instancia de coordinación entre instituciones que han buscado construir espacio de información, sensibilización por los derechos sexuales y reproductivos.

La ordenanza tiene por finalidad, entre otros, garantizar y promover los derechos sexuales y reproductivos, a toda la ciudadanía, sin discriminación y un acceso igualitario. Elaborando un Plan Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Teniendo como ejes, prevención y promoción en temas de sexualidad: enfermedad de transmisión sexual, embarazo, maternidad, anticoncepción, educación y comunicación adecuadas. Esta Red contara con recursos municipales. Los integrantes de esta red son entre otros las universidades, red de jóvenes, adolescentes, grupos GLBTI entre otros actores. de momento la integran: Consejo Cantonal de Salud, Dirección Provincial de Salud, Dirección Provincial de Educación, SENDAS, Proyecto CERCA,



Proyecto Humsex, Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes, Verde Equilibrante, Casa de La Juventud, Cabildo por las Mujeres, MCDS, MIES, MSP, MINEDUC, con sus responsables de ENIPLA, Departamento de planificación con Equidad Social y de Género, Policía Nacional, Comité de Usuarías de la LMGYI y las Comisión de Inclusión Social, Género y Grupos de Atención Prioritaria.

1.2 Feminismo y salud sexual y reproductiva

En América Latina y en Ecuador, en los últimos años es el movimiento feminista, básicamente de las Organizaciones de Gubernamentales ONG's, quienes han ejercido la mayor influencia en la opinión pública, en relación a la sexualidad y reproducción.

El feminismo mediante acercamientos a los organismos internacionales, en los grandes congresos, foros, conferencias como las del Cairo del 94 y la de Beijing en el 95, cimentaron negociaciones y decisiones posteriormente el feminismo supervisa e impulsa el Plan de Acción del Cairo 94, en los países de nuestra región.

Para Lucila Scavone, el feminismo tiene una lógica analítica construida desde la visión del norte, en contraposición de los países del sur y de la periferia. Cosa que implica una seria diferencia y desigualdades sociales en América Latina sumando a ello aspectos étnicos, nacionalidades, pueblos y culturas, o cuestiones como el machismo.

El Movimiento Feminista Internacional en la década de los 60, siguiendo a Scavone, desarrolla el concepto de la salud reproductiva como un problema de salud y con ideas de autonomía, diferencia, alteridad (convivencia armónica de distintos entenderes) y con un conjunto de problemas que afligían y aun afligen a la mujer. El concepto se orienta a una reapropiación del propio cuerpo, *nuestros cuerpos nos pertenecen* y por lo tanto las mujeres tienen la



*capacidad de disponer de su propio cuerpo.*¹¹ Para el feminismo, el campo afectivo sexual y reproductivo va más allá de ser un espacio privado, donde existen relaciones de poder y dominación, donde las mujeres ocupan el lugar del dominado, por tanto una reivindicación principal consiste en la libre elección materna y la separación de la sexualidad y la reproducción. El conocimiento de la sexualidad el cuerpo vinculado a la salud, permitirán una libertad femenina en todos los niveles.¹²

El feminismo representa una manera de mirar la realidad, conlleva un cambio personal y nuevas actitudes y acciones frente a la vida, que se sustentan en la opresión de la mujer y la búsqueda de contrastar esta interpretación. La reflexión explica las condiciones femeninas y clarifica los aspectos que subordinan a las mujeres.

El feminismo es entendido como una forma de pensar, creada por y para las mujeres, para favorecerlas. Es el feminismo el que desarrolla la categoría del género para estudio. Esta categoría permite vislumbrar, en base a las construcciones sociales los roles que culturalmente se les ha asignado y por tanto las que hay que suprimir.

1.3 Género y salud sexual y reproductiva

En el mundo entero, en los últimos cuarenta años, se desarrollan los estudios de género, integrando esto enfoque de género en las políticas públicas y las disciplinas sociales y en las instituciones de la sociedad, como es en el Estado, ministerios, organismos internacionales, y ONG's. que abordan normas y estudios sociales desde una perspectiva de equidad. Estos estudios de género y equidad incursionan institucionalmente en el marco de grandes cambios sociales en el periodo de los 70 y 90¹³, periodo que dio paso a una ideología y economía neoliberal dando surgimiento a nuevas visiones sobre la

¹¹ Lucila Scavone, "Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas: entre la salud la ética y los derechos" en Lucila Scavone comp., *Género y salud reproductiva en América Latina*, Costa Rica, Editorial Tecnológica de Costa Rica, 1999, p. 24

¹² (Lucila Scavone, "Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas: entre la salud la ética y los derechos p. 27)

¹³ Ana López Dietz, "Historia de las mujeres en Chile, el feminismo obrero y la lucha por la emancipación", en Ana López Dietz comp. "Teoría de género, feminismo y sus implicaciones para la educación", Chile, Marchant, J. P., Soto, E., 2009, p. 136



igualdad de los sexos, equidad institucional, en los espacios del poder público y el empoderamiento de las mujeres como nuevos retos feministas.

En el discurso del género, cuando hablamos de las diferencias entre hombres y mujeres hablamos de las diferencias de género. Las diferencias de sexo, son diferencias biológicas, naturales. Por género se entienden diferencias sociales y culturales, fue Simone de Beauvoir que en 1949, quien lo resumió en una frase “no se nace mujer sino que se llega a ser”¹⁴. Rompiendo con la idea de que hombres y mujeres somos distintos por determinación de la naturaleza.

Robert Stoller, en 1964, define el término género, para referirse a hombre que se sentían mujeres¹⁵, la palabra género se usó para tratar el fenómeno transexual.

El movimiento feminista acoge el concepto de género, con el determinismo biológico que permite entender que las mujeres lo son por naturaleza innata y por tanto inmutable, y que ha servido para las prácticas discriminatorias inferiores por naturaleza. Contra el determinismo biológico las feministas se pronuncian a favor de la construcción social, la dicotomía sexo-genero pasa a ser un axioma feminista no cuestionado.

Para la definición de las políticas públicas el [“...género es una categoría de las Ciencias Sociales que permite analizar las relaciones entre hombres y mujeres. Se puede entender como la red de símbolos culturales, conceptos normativos y patrones instituciones, que contribuyen a conformar la identidad de género”]¹⁶.

La construcción social, diferencia y articula a hombres y mujeres, en las relaciones de poder frente a los recursos. En este sistema se establecen patrones de conducto, necesidades, riesgos roles y responsabilidades, a cada

¹⁴ Eva, Gil Rodríguez, Lloret, Imma, *La violencia de Género*, Barcelona, Editorial UOC, 2007, p.14

¹⁵ (Eva, Gil Rodríguez, Lloret, Imma, *La violencia de Género*, p.165)

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Definiciones Sexo-Género. En: Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo*. La Habana, Cuba 1995 citado por: Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Quito, Ministerio de Salud Pública, 2007, p. 39



sexo. Generando comportamientos distintos respecto de la salud para hablar de cuadros epidemiológicos de género. El termino sexo se refiere a lo determinado biológicamente. Genero, señala características construidas socialmente [*“con el sexo se nace el género se hace”*]¹⁷ esta categoría analítica tiene algunas características.

Relacional, se refiere a hombres y mujeres en conjunto, a sus relaciones, y ha como se conllevan estas relaciones.

Jerárquica, las diferencias entre hombres y mujeres producen relaciones desiguales de poder, dando mayor valía a lo masculino.

Históricas, estas relaciones son susceptibles a modificación.

La relación entre hombres y mujeres se pueden considerar como una relación de “*conflicto cooperativo*” donde se negocia con interdependencia, e interés de cada género, así mismo en el tema de la sexualidad. En la práctica cada cual identifica su propio interés, que en la negociación hay oportunidades de igualdad.

¹⁷ (Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, p. 39)

CAPITULO II

2. RIESGOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.1 Cuestionamientos culturales a las propuestas anticonceptivas

El Ecuador es un país plurinacional, intercultural y multiétnico, títulos consagrados en la Constitución, está constituido por una población mayoritariamente mestiza del 71,4 %, una población montubia, indígena y afro ecuatoriana de alrededor del 7 % cada una y el 6 % de población blanca¹⁸, distribuida en pueblos con unas diecisiete nacionalidades, según el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador CODENPE , con características particulares cada cual, distribuida geográficamente en tres zonas continentales costa sierra y oriente que ha caracterizado a la población y la cultura local y nacional, aspectos que han configurado modelos culturales variados y con distintos contrastes, aspectos derivados también de la histórica sobre posición de culturas desde la cultura cañari en nuestra localidad, la inca después y la española posteriormente creando una amalgama cultural que es la que ahora tenemos y a pesar de ello con una conciencia fuerte de unidad en condición de Ecuatorianos.

El idioma oficial es el español, que lo hablan la mayoría de los ecuatorianos, el 94 % según el CENSO 2010. Con algunos rasgos distintivos, claramente diferenciados por los diferentes dialectos entre los diferentes pueblos.

En el Ecuador ocho de cada diez personas dicen pertenecer al credo religioso católico, un 10 % al protestantismo evangélico y los demás a diferentes grupos protestantes, agnósticos y no creyentes, entre otros. Donde tres de cada diez dicen participar de algún tipo de ceremonia o culto religioso.

Para el 42 % de las personas en el Ecuador lo más importante es la familia y luego en segundo lugar el trabajo.

¹⁸ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), “VII censo de población y VI de Vivienda”, 2010 disponible en www.inec.gov.ec



Con estas características en aspectos culturales y a pesar de sus diferencias encontramos algunos aspectos profundos que se comparten y crean vínculos de apego y unidad, más allá de los derechos y responsabilidades implementados constitucionalmente, derechos que no son otra cosa más que acuerdos y consensos llevados a un código para regir una sociedad con carácter vinculante y obligatorio.

Hablamos un tipo de relación entre las personas que se basan en valores y verdades universales como son la solidaridad, la calidez humana, la cortesía, el respeto, el sacrificio y muchísimos más, que crean armonía y buen vivir.

Este campo que se ha visto deteriorado por una nueva manera de entender los valores que se basan en actitudes egoístas e individualistas, que anteponen el bienestar particular al colectivo, el placer al sacrificio, la audacia e irresponsabilidad a la prudencia, modelos mentales que ha llevado a dejar de creer en la ética y la moral para justificar cualquier cosa a nombre del “depende”.

Un elemento articulador de los ecuatorianos lo constituye la fe, la religión católica, no se explica tanta diversidad de criterios sobre aspectos que la normativa católica claramente expresa, como el rechazo a los anticonceptivos, al aborto, a la promiscuidad, etc. sino en un ambiente del deterioro de la imagen de la Iglesia, por estas posiciones firmes frente a estos polémicos temas, por las divisiones internas, los ataques del que es objeto y contundentemente por la crisis de pertenencia de parte de los que dicen ser católicos. Pongo esta última reflexión a propósito de una conferencia grabada en video de una ex funcionaria de la ONU, Amparo Medina, ecuatoriana, quien manifiesta que este organismo para poder implementar los programas de la anticoncepción, requiere destruir a los que se opongan y claro está el blanco principal es la Iglesia Católica.¹⁹

La institucionalidad social también ha sufrido fuertes golpes, tal es el caso de la familia, con estas permisividades en el discurso de los intereses

¹⁹ Amparo Medina, “Desenmascarando a la ONU”, 10 09 2013, conferencia en video <http://otrofeminismoesposible.blogspot.com>



individuales, propiciadas por la estructura económica y productiva, mas una promoción a todo nivel de erotismo, pornografía, liberalidades, patrones de conducta poco responsables, han conllevado a que las personas se comprometen menos, con otras causas que no sean económicas. En el registro de matrimonios del 2012 en el cantón Cuenca se contabilizan 3072, pero en el registro de divorcios para el mismo año encontramos una alarmante cifra de 1182, es decir se divorcia el 38, 4 % con respecto a los matrimonios en el 2012. El número de hijos de cada pareja que se divorcia en promedio son dos.²⁰

2.1.1 Los métodos anticonceptivos

Con el termino anticoncepción, se refiere a toda acción que tiene como fin impedir la concepción. [...es la fusión de los gametos, masculino (espermatozoide) y femenino (ovulo) que dan origen a una nueva célula, el cigoto, de 46 cromosomas, que será la constitución genética del nuevo ser"]²¹ Se suele llamar también anticonceptivos a los métodos que impiden que el ovulo ya fecundado pueda desarrollarse, pero estos ya no son anticonceptivos sino abortivos²². Por tanto, métodos que evitan que el óvulo fecundado se implante son métodos abortivos.

La investigación biomédica se empeña en la efectividad y la reducción de los efectos en la salud y facilitar el uso. Para medir la eficacia de los métodos anticonceptivos se utiliza el Índice de Pearl, que consiste en un tanto por ciento de embarazos no deseados que tendría una mujer si 100 mujeres lo usasen durante un año o bien, si lo usase una mujer durante 100 años. El porcentaje de embarazos no deseados será el índice y la diferencia será la tasa de efectividad, hay que considerar también que la tasa de efectividad real baja siempre cuando se considera aspectos como el mal uso del método por parte del usuario. Ej. De 100 mujeres que usaron un cierto método anticonceptivo de forma correcta, 18 quedaron embarazadas entonces la tasa de fallos es del 18 %, la efectividad de 82 % el índice Pearl para este caso es de 18.²³

²⁰ Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), Matrimonios y Divorcios 2012 disponible en www.inec.gob.ec

²¹ Ramón, Lucas, Lucas, *Explícame la Biótica*, Madrid, Palabra, 2005, p. 54

²² (Ramón, Lucas, Lucas, *Explícame la Biótica*, p. 71)

²³ Brian Clowes, "Cosas de la vida", Human Life International, 2001, p. 30



Este índice puede obtenerse de diferentes maneras por los diversos equipos que estudian el tema y con diferentes poblaciones, con diferentes culturas, usando el mismo método anticonceptivo suelen dar un Índice de Pearl diferente. Para reducir estos problemas en la literatura científica sobre el tema, suelen darse dos valores el índice de Pearl: La tasa de eficacia.- Se obtiene suponiendo un uso perfecto del método. La efectividad.- Se obtiene a partir de un uso real del método (a veces, el método estudiado se utiliza incorrectamente). Por lo tanto estos índices hay que considerarlos con precaución. Sobre todo en la recopilación de información. En las fuentes de información en los Medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet), en la información suministrada por personal sanitario (centros de planificación, ginecólogos, médicos de familia) y en el entorno social (colegio, universidad, amigos).²⁴

La experta Alicia Guntiña detalla algunas características, que debe cumplir un método anticonceptivo para que resulte ideal.

Ser fácil de aplicar y de usar.

No producir efectos secundarios ni lesiones tanto a la mujer como al hombre.

No alterar las costumbres de la pareja.

Tener 100 % de eficacia.

Proteger contra ETS y el SIDA.

Ser reversible, que no influya en lo posterior de la pareja.

Por lo que no parece existir un método ideal, más bien las parejas deberán optar por uno u otro adecuado a sus condiciones.

2.2 Bioética, anticoncepción y reproducción humana

La anticoncepción como toda acción que impide que en una relación conyugal, ocurra la concepción, es decir del ovulo con el espermatozoide, para

²⁴ Alicia, Guntiña Castillo, "Ginecología, anticoncepción y métodos anticonceptivos", Publicaciones para pacientes y estudiantes, 2008, 01 09 2013 disponible en: <http://alicia-guntinas.espacioblog.com/posts/archive>



la Bioética, a la anticoncepción se le otorga una licitud, para volverla salud sexual o medicina preventiva.²⁵

La concepción humana es un acto libre y voluntario, donde dos gametos de sexo opuesto, se unen combinando información genética que originan un nuevo ser humano. La concepción es la transmisión de la vida humana.²⁶ Que se estructura física, intelectual, moral y socialmente, más allá de los cuidados del cuerpo, sino también de sus cualidades superiores la inteligencia y la voluntad, mediante una formación o educación integral. El ser humano de no recibir tales cuidados físicos y demás moriría irremediabilmente.

La procreación con responsabilidad puede conllevar a unos esposos a distanciar los nacimientos de los hijos, o a no tener temporalmente, pero deben estar guiados por criterios de paternidad responsable y no por motivaciones egoístas y hedonistas, es decir una búsqueda del placer por placer, de ahí que todos los métodos deben ir más allá de un hecho técnico [*“...no se enseña una técnica sino un estilo de vida responsable y moralmente licito”*]²⁷.

Los anticonceptivos orales, cuyas características describimos en el anexo 1, en ciertos espacios se los conoce también como pastillas anticonceptivas, pero en realidad, fármacos de este tipo, al consumir con fines de evitar el embarazo no puede decirse que se emplee como tratamiento, pues no hay enfermedad, por tanto, no son medicamentos.

En opinión de la Dra. Nancy Tosi, una activista cuencana pródiga, quien capacita a muchas personas en estos temas en diferentes lugares del Ecuador y América Latina, quien considera refiriéndose a los anticonceptivos que, estos fármacos en lugar de curar cierta enfermedad como es lo lógico lo que hacen es alterar el normal funcionamiento de los órganos y glándulas femeninas y a mantener a un órgano afectado de tal forma que impida o bien la fecundación o bien la anidación luego de fecundado el ovulo.²⁸

²⁵ Mario Cabrera Valverde, *Temas de Bioética*, Costa Rica, Ediciones Promesa, 2005, p. 25

²⁶ (Mario Cabrera Valverde, *Temas de Bioética*, p. 26)

²⁷ (Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 71)

²⁸ Nancy Tosi, “Los Anticonceptivos y sus efectos”, conferencia dictada en auditorio San Francisco, 07 06 2013



Es importante aclarar cierta terminología que conlleva a malos entendidos o incluso a interpretaciones falaces, se usan eufemismos o términos que pueden llegar a modificar increíblemente el pensamiento.²⁹ Términos que suavizan y moderan su real significado, términos como: interrupción del embarazo para no decir aborto, feto por no decir niño, muerte digna o suicidio asistido para no decir asesinato, regulación menstrual referido a una forma de vaciar el útero sin conocer previamente si hay o no embarazo, esta última forma se ha aplicado en países del tercer mundo donde está prohibido legalmente el aborto etc.

Una de la consecuencia de los anticonceptivos es la perversión del acto conyugal, es la generación de una mentalidad utilitarista del cuerpo en hombres y mujeres, en niños y niñas, convirtiéndole en objeto de deleite, el acto sexual se vuelve un ejercicio externo, el amor transformado en placer genital. Los métodos anticonceptivos como no ofrecen el 100 % de eficacia, y frente a embarazos no deseados, el método solución es el aborto, la visión anticonceptiva, lleva a consecuencias cada vez peores como es esta del aborto y la esterilización como métodos de planificación familiar.³⁰

Sin contar con los abortos provocados por los métodos anticonceptivos, el número de abortos inducidos en el mundo se calculan entre 36 y 53 millones de abortos por año.³¹ Solo en 2008 uno de cada 5 embarazos en el mundo terminaron en aborto, una tasas de 29 de cada mil mujeres entre 15 y 44 años de edad.³²

Cifras como estas, tasas que suben y bajan se describen en revistas, libros investigaciones volviendo un acto rutinario la matanza de niños.

[“...El occidente hedonista está viviendo más allá de sus posibilidades económicas, decidiendo por familias chicas y controlándolo mediante la anticoncepción y el aborto. Ya no se pueden reponer a los que mueren, hay cada vez menos gente en edad de trabajar y más jubilados que mantener,

²⁹ AbbyJhonson, *Sin Planificar*, España, Ediciones Palabra, 2011, p. 69

³⁰ (Mario Cabrera Valverde, *Temas de Bioética*, p. 46)

³¹ Modulo de Capacitación I, Próvida, Dignidad humana y vida Prenatal, p. 2, cita a Henshaw, *familyPlanningPerspectives*, 1990, 22: 76 - 89

³² Gilda Sedgh, “Aborto inducido: incidencias y tendencias mundiales 1995 2008”, en revista *TheLancet*, vol 379, no. 9816, new York, 2012, p. 2



*porque viven más, pero con mayores costos de salud. Esta bomba demográfica tiene dos salidas, reducir la cantidad de viejos mediante la eutanasia, o cambiar el estilo de vida para volver a crecer la población y consumir menos]*³³

2.3 Bioética y la visión pro vida

El término Bioética, fue forjado en 1970, por el Oncólogo Von Potter, con la publicación de un artículo relacionado a la ciencia de la supervivencia, en un ambiente en el que Potter y otros estudiosos tenían la convicción de que la vida humana estaba amenazada. La Bioética, aparece y se desarrolla como una nueva materia de estudio que enlaza la biología y el conocimiento de los sistemas de valores humanos.³⁴ Sin embargo esta definición es muy discutida, por sus propios antecedentes, algunos consideran que no debería hablarse de una Bioética si no de varias, aun así, tiene que ver con problemas morales, éticos, de valores sobre la vida salud y medicina.

Una definición de la Bioética considerada ya clásica, descrita en la Enciclopedia de Bioética y adoptada por un grupo de expertos en 1991, reza: *[“...estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales”]*³⁵

La Bioética se va a ocupar de problemas como la sexualidad y la procreación, la genética humana, el embrión humano, la vida en fase terminal y todos los problemas que atañen a estos temas.

La Bioética históricamente tiene tres principios: principio de autonomía (autodeterminación de la persona), principio de beneficencia (el mejor bien para la persona) y de no maleficencia (no dañar a la persona) y principio de justicia. Ramón Lucas Lucas detalla estos principios:

Primer principio: el valor absoluto de la vida humana y su inviolabilidad, la vida humana vale por sí misma, porque solo él es persona.

³³ Peter Saunders, “La generación que mató a sus hijos va a ser asesinada por sus propios hijos”, noticiario Signo de los Tiempos, 25 09 2013, <http://forosdelavirgen.org/61337/>

³⁴ Lino Ciccone, *Bioética: historia, principios y cuestiones*, Madrid, Ediciones Palabra, 2006 p.

20

³⁵ (Lino Ciccone, *Bioética: historia, principios y cuestiones*, p. 25)



Segundo principio: el nexo inseparable entre vida verdad libertad, cuando se rompe uno de ellos se termina afectando a los otros.

Tercer principio: conocer para curar no para manipular, es decir la defensa y la protección de la vida, humana, no su manipulación y eliminación.

Cuarto principio: no todo lo que es técnicamente posible, es admisible.

Quinto principio: el Estado y las leyes tienen que tutelar el bien de las personas, la defensa de los más débiles e inocentes.

Sexto principio: principio de la acción con doble efecto, la acción tiene que ser buena en sí misma. No haber otra alternativa para lograr el buen efecto, este efecto tiene que superar en beneficios al efecto negativo.³⁶

Los movimientos Pro vida, en todo el mundo, sustentan su visión en definiciones y aspectos científicos, el Dr. en Biogenética, Alejandro Leal, sustenta algunos principios establecidos por la investigación científica a partir de la cual considera se deben establecer acciones relacionadas a aspectos de la vida. Para Alejandro Leal es evidencia científica que el inicio de un nuevo ser ocurre en la concepción, este es un hecho científico, dice, siendo así por tanto, se le debe respeto a estos nuevos individuos.

Se ha determinado en investigaciones más recientes, que el ser humano desde la concepción, inicia una organización muy compleja y desde el primer instante, siendo el cigoto una sola célula, tiene un código genético diferencial único, la división celular en dos, tres y más células aumentan el campo de la diferenciación, especialización de un organismo, genéticamente constituido a plenitud, en cuanto humano, un ser humano organizado. El embrión desde su concepción en las trompas de Falopio de la mujer inicia una comunicación química que le dice a la madre que prepare el útero y otros elementos para dirigirse e implantarse y anidar en el útero cuando esté listo. Por lo tanto el embrión está organizado, diferenciado y se comunica y estos son datos científicos.³⁷

³⁶ (Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 36)

³⁷ Alejandro Leal, "la Bioética", Entrevista en Cara a Cara, Alabama, EWTN, 06 16 2011



2.4 SOCIEDAD CIVIL FRENTE A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.4.1 Consecuencias sociales de las acciones de la salud sexual y reproductiva

2.4.1.1 El aborto

El hecho de ocurrir un embarazo no deseado o no planificado es una posibilidad real con métodos anticonceptivos o sin ellos, ciertamente el que exista de por medio un anticonceptivo reducirá esta posibilidad, pero sea como sea de ocurrir, los planteamientos para solucionar esta situación gravosa, para la madre especialmente, es recurrir el aborto.

[... *El aborto es la terminación del embarazo y puede ser espontáneo o inducido*”]³⁸. La terminación de un embarazo no siempre es aborto, así un embarazo de alto riesgo puede ser adelantado cuando el feto esté en condiciones de sobrevivir fuera de la madre, parto prematuro. La definición medica de aborto [*“es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable... interrupción del embarazo con la muerte del feto...”*]³⁹ interrupción en cualquier momento de la vida intrauterina desde la concepción o fecundación hasta el parto.

El aborto espontaneo es de causas naturales, se calcula que 10 % de embarazos conocidos terminan en aborto espontaneo la mayoría entre el primer y el tercer mes. Alrededor de un 30 % de abortos ocurren antes del primer mes a veces sin que se entere siquiera la mujer. Siendo en total un 40% de los óvulos fecundados que terminan en aborto espontáneo⁴⁰. Estudios demuestran estos abortos se deben a defectos en los cromosomas y algunos casos a traumas físicos o psicológicos. Otras mujeres abortan también por

³⁸ Teresa Borja, “Sexualidad y Aborto”, El Libro de la sexualidad, Sexualidad Hoy, fascículo 15, 1997

³⁹ Francisco José Herrera, *El Derecho a la vida y el aborto*, Bogotá, Universidad del Rosario, 1999, 182

⁴⁰ (Teresa Borja, “Sexualidad y Aborto”, fascículo 15)



[“anomalías hormonales, mala nutrición de la madre, grupos sanguíneos incompatibles, alteraciones uterinas anatómicas, cérvix incompetente.”]⁴¹.

Un aspecto importante, es la definición de cuando inicia un embarazo, para algunos no comienza en la concepción sino en la implantación, por tanto, para estos últimos, un mecanismo que impide la implantación del ovulo fecundado no es abortivo, porque según estos, aun no hay embarazo. Pero cuando comienza la vida del ser humano, los especialistas en embriología concuerdan en que a vida humana comienza en la concepción, fertilización o fecundación, es decir el preciso instante en que se unen el ovulo y el espermatozoide. Es la fecundación la constitución de un nuevo individuo único e irreplicable contiene todo el genoma humano del nuevo ser.⁴² Es decir todos sus elementos constitutivos, a partir de este momento, será un desarrollo y una adaptación hasta el fin de su vida.

El aborto inducido es provocado por intervención mecánica o química externa. Y son de dos tipos. El terapéutico y el voluntario. El aborto terapéutico se realiza con la intención de proteger la salud de la madre o para evitar el nacimiento de niños con problemas permanentes como deformaciones físicas graves. En el Ecuador, también se considera aborto terapéutico el que se realiza cuando el embarazo es producto de violación o incesto.⁴³ Según el Código Penal referente a Los Delitos Contra la vida. En su Art. No. [“447 *El aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible: 1o.- Si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y, 2o.- Si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer*”].⁴⁴ Todos los demás casos son delitos punibles hasta con 12 años en el caso de muerte de la mujer y hasta de 16 años si al caso anterior se agrega que el practicante del aborto es

⁴¹ (Teresa Borja, “Sexualidad y Aborto”, fascículo 15)

⁴² Ignacio Nuñez, “*de la dignidad del embrión, reflexiones en torno a la vida humana naciente*”, Madrid, universidad Comillas, 2008, 58

⁴³ (Teresa Borja, “Sexualidad y Aborto”, fascículo 15)

⁴⁴ Dirección Nacional de Asesoría Jurídica de la PGE (Procuraduría General del Estado), Código Penal, Quito, Actualizado a mayo 2013.



médico, tocólogo, obstetrix, practicante o farmacéutico. El aborto voluntario, la interrupción de embarazo por causas ajenas a los abortos terapéuticos son ilegales. Realizados fuera de la ley y en la clandestinidad.

Constitucionalmente se garantiza y como obligación del estado garantizar la vida de niñas, niños y adolescentes, incluido el cuidado y protección desde la concepción de acuerdo al artículo No. 45, y al mismo tiempo el derecho a tomar decisiones libres, responsables, e informadas sobre salud y vida reproductiva según el Art 66. Estas condiciones han llevado a varias organizaciones de mujeres a favor del aborto a pedir la legalización del aborto, con la agravante de que según la Organización Mundial de la Salud, en Ecuador una mujer aborta cada cuatro minutos.⁴⁵

En el Ecuador el código penal permite el aborto únicamente en tres circunstancias. Cuando medicamente se ha comprobado malformación grave, cuando haya peligro de muerte para la madre y cuando el embarazo sea fruto de una violación. Es importante en el primer caso y en el segundo un alto grado de certeza para practicarse el aborto, en el tercer caso queda la posibilidad de la adopción, evitando así problemas y traumas posteriores fruto del aborto realizado. Entendiendo también que el ser humano en formación es inocente de los hechos donde la madre fue víctima. En muchos casos el niño fruto de la violación se convierte en un apoyo y sostén de las madres víctimas. Habrá que preguntar que es peor vivir con el trauma de la violación y de haber matado a un niño o una desgracia violenta y de todo punto de vista condenable que se atenúa en el inocente que va a nacer.

2.4.1.2 Síndrome post aborto

La sociedad científica luego de negar por mucho tiempo los efectos psicopatológicos de los abortos voluntarios, frente a una realidad evidente, admite sus secuelas. La destrucción de una vida, de un niño no nacido. Crea

⁴⁵ Xavier Flores Aguirre, "la historia de una, la historia de todas", Aborto: Análisis Constitucional, Ecuador, 2708 2013, <http://gkillcity.com/index.php/el-mirador/963-aborto-analisis-constitucional>



una alteración de vacío, debilita física y emocionalmente, por la negación, por la pena y el luto.⁴⁶

El síndrome post aborto Es el conjunto de síntomas psicológicos que padece una persona inmiscuida en uno o más abortos, de forma directa, libre o voluntariamente. El aborto afecta principalmente a las mujeres que se han provocado un aborto, pero también a todos los involucrados, entre ellos el padre, los médicos, etc. El Doctor Bernard Nathanson, fallecido en febrero del 2011, un médico motejado como el “rey del aborto”, cambio su vida radicalmente, luego de realizar alrededor de 75 000 abortos, a pesar de ser uno de los promotores de la legalización del aborto en Estados Unidos, logro consumado en 1973, para convertirse en uno de los más fuertes defensores de la vida en base a las evidencias científicas. [*...como científico no creo, yo sé y conozco que la vida humana comienza en la concepción*”]⁴⁷. Sus claros síntomas post aborto de depresión y angustia lo llevaron a pensar en el suicidio algunas veces, resulta interesante también tocar la estrategia para la legalización del aborto en ese entonces y fueron según sus propias palabras [*Hacerse con los medios de comunicación; falsificar estadísticas; jugar la carta del anticatolicismo; ignorar la evidencia científica*”].⁴⁸ Las grandes riquezas que le dejaron la “industria” del aborto, no paleaban en absoluto su gran pesar y malestar, es los mismos síntomas en varios médicos que han dejado esta actividad del aborto.

A más del no nacido, la segunda víctima del aborto es la mujer, y casi todas ellas o todas están padeciendo el síndrome post aborto. Lo reconoce la organización abortista más grande del mundo la Federación Internacional de Planificación Familiar, que habla de hasta un 91 % de mujeres afectadas con síndrome por los abortos quirúrgicos.⁴⁹

⁴⁶ Radio RPP, Salud en RPP, “El Síndrome Posaborto”, Prod. Betty ElíasCorani, Perú, 20 03 2012, 8am.

⁴⁷ Noticias Globales, “El Testamento del Doctor Nathanson”, 23 02 2011, <http://www.noticiasglobales.org/comunicacionDetalle.asp?Id=1433>

⁴⁸ (Noticias Globales, “El Testamento del Doctor Nathanson”)

⁴⁹ Pilar Gutiérrez Vallejo, “el Síndrome Post aborto”, Aciprensa, 16 09 2013, <http://www.aciprensa.com/aborto/post-aborto.htm>



El síndrome post aborto toma ese nombre de una sintomatología post Vietnam, es decir de soldados que regresaban con traumas profundos que acarrearían toda su vida, consistían en angustia, desesperación, culpa: pesadillas, insomnio, alcoholismo, agresividad, depresión, psicosis, etc. y suicidio. El gobierno de Finlandia en un estudio en 1997 en un impecable estudio nacional concluyó, estas mujeres sufrieron una altísima tasa de suicidios siete veces más, 60 veces más muertes por enfermedad que las que habían dado a luz, 4 veces más muertes y 114 veces más muertes por homicidios. Según otro estudio de la Universidad de Baltimore, USA, en 1984, 64 % de mujeres que abortaron ingresaron en hospitales psiquiátricos, el 59 % sufren trastornos graves.⁵⁰

Otra de las secuelas que se está descubriendo en estos últimos años es el cáncer de mama y otros cánceres del aparato reproductivo de la mujer. [*“Según un estudio de una doctora pro-abortista, Janet Daling, en 1994 publicado en el Journal of the National Cancer Institute en los casos en que había antecedentes familiares y la mujer abortaba después de los 30 años, el riesgo aumentaba un 270%”*]⁵¹.

2.4.1.3 La fecundación in Vitro

La fecundación in vitro es inducir hormonalmente, que la mujer produzca abundantemente ovocitos o huevos, que luego en el laboratorio, han de ser fecundados o fertilizados para obtener normalmente entre dos a cinco embriones.

Luego se transfieren unos tres al útero materno, los demás se crioconservan a temperaturas bajas. En ciertos casos fecundan más ovocitos para aumentar la posibilidad de éxito, la mortalidad embrionaria llega al 90 %, solo de los transferidos, sin contar los congelados y los desechados. Por cada niño vivo, hay de 9 a 20 que no lograron nacer. Los niños que logran nacer son de bajo peso, pueden tener algunas malformaciones y podría ocurrir embarazo

⁵⁰ (Pilar Gutiérrez Vallejo, “el Síndrome Post aborto”, Aciprensa),

⁵¹ (Pilar Gutiérrez Vallejo, “el Síndrome Post aborto”, Aciprensa)



múltiple, debiendo matar selectivamente a los niños no queridos, proceso denominado embrioreducción.⁵²

El bien más importante de una nación es el ser humano, la vida humana. Para “Thomas Jefferson, uno de los padre de la nación norteamericana, [*...la protección de la vida humana y la felicidad, no su destrucción, es el primero y único propósito legítimo de todo buen gobierno*”⁵³.

Para el Dr. Leal, se debería investigar aspectos relacionados a la infertilidad, en más del 30 % de infertilidades no se conoce sus razones, la reproducción asistida no cura pero resulta buen negocio para los médicos y laboratorios practicantes. Nos dice también que la fecundación in vitro resuelve muy poco en los problemas de la infertilidad, que existen otras y efectivas soluciones y la investigación debería orientarse a estas.

2.4.1.4 Células madres embrionarias

La genética se orienta a diseñar terapias en el tratamiento de células. Las células madres o células troncales son capaces de inducir regeneración en un tejido, esto ocurre ya desde hace varios años para el tratamiento de la leucemia, mediante transfusión sanguínea.

Las células madres adultas, se las encuentra en el cuerpo en gran cantidad, en los huesos largos, en el tejido adiposo (acumulación de grasa), en sangre menstrual, en la placenta, cerca de 3000 ensayos clínicos encontraron cura a enfermedades de corazón, articulaciones, diabetes, párkinson, en base a las células madres adulas.⁵⁴

Las células madres embrionarias, son usadas cuando el embrión, tiene de 6 a 9 días, el interior del embrión tiene células para regeneración de tejidos, tomar estas células implica la destrucción y muerte del embrión, se destruye a un ser humano para curar a otro. En países como Alemania han cesado investigaciones en células madres embrionarias, [*...pero se debe considerar*

⁵² Alejandro Leal, “la Bioética”, Entrevista en Cara a Cara, Alabama, EWTN, 06 16 2011

⁵³ Luis Fernández Cuervo, “Un paso valiente y progresista”, En el Diario de Hoy, El Salvador, 11 de febrero 2002, sección Editorial.

⁵⁴ Alejandro Leal, “la Bioética”, Entrevista en Cara a Cara, Alabama, EWTN, 15 09 2011



siempre que la ciencia pierde sentido cuando se transgrede la dignidad humana”⁵⁵.

De entre estos dos tipos de células madres cada cual tiene sus ventajas y desventajas, las células madres del embrión son células jóvenes, durables, capaces de generar cualquier tejido, pero pueden producir tumores. Las células madres adultas, son seguras, no se desechan embriones, son de fácil obtención y es una tecnología económica.

2.4.1.5 Eutanasia

La Eutanasia se refiere etimológicamente a una buena muerte, comúnmente, se entiende como la muerte de un enfermo terminal de forma voluntaria, por suministros indebidos o por acción u omisión de cuidados que terminan en muerte y con el fin de eliminar el dolor.⁵⁶

La Eutanasia y el suicidio asistido medicamente, no son temas nuevos en la historia de los pueblos, la medicina desde Hipócrates ha condenado su práctica, el debate se ha mantenido en diferentes épocas, entre el rumor de una práctica tanto de la eutanasia, como del suicidio asistido. La muerte intencional de un paciente por acción u omisión en la atención médica, se ha convertido en un problema apremiante, hoy en el mundo, entre los innumerables criterios de opinión pública.⁵⁷

Algunos países entre debates y polémicas fuertes aprobaron entre sus leyes su aplicación, como es el caso de Holanda, donde ya hace más de una década, se permite la Eutanasia. En Oregon, USA, en un referéndum por un estrecho margen ganó la propuesta por el suicidio asistido medicamente, mas no la eutanasia, en Australia en 1995 se aprobó la Eutanasia y el Suicidio Asistido Medicamente, aunque, debido a una variedad de circunstancias anómalas se eliminó un tiempo corto después, nuestra vecina Colombia aprobó también la eutanasia en ciertas circunstancias.⁵⁸ A esta lista también se

⁵⁵ Alejandro Leal, “la Bioética”, Entrevista en Cara a Cara, Alabama, EWTN, 15 09 2011

⁵⁶ (Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 172)

⁵⁷ JhonKeown, Comp., *La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas, legales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2004, p. 24

⁵⁸ (JhonKeown, Comp., *La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas, legales*, p. 27)



sumó Bélgica, Suiza y los países Bajos, otros países autorizan una forma de ayudan a la muerte como Alemania, Dinamarca, España, entre otros.

En nuestro país, el Código de Ética Médica considera que [*“...el médico no está autorizado para abreviar la vida del enfermo, en aquellos casos en que los indicadores clínicos e instrumentales revelen situaciones insalvables, queda al criterio del médico y de los familiares suspender los procedimientos extraordinarios”*].⁵⁹

Es una profunda constante y actual polémica la regulación legal, social y política y el tratamiento médico, humano y ético de la eutanasia, la eugenesia y el aborto. Son temas que atañen a los fundamentos del ser humano independientemente del credo político o religioso.

El punto de encuentro entre el aborto y la eutanasia radica en la intensión de tocar y echarle mano a la esencia misma del ser, su existencia, a lo más sagrado a la vida del ser humano. El buen nacer, la eugenesia, en la búsqueda de seres humanos muy dotados para mejor vivir, desecha a muchos otros humanos en gestación a criterio de convertirse en carga problema o impedimento, sin contar los muchos casos de pronósticos errados de malformación y retraso mentales en fetos, cuyos padres no dieron oídos a tales criterios y tienen luego una vida sana y normal. A título de buen vivir o buen morir o muerte digna, -como si el misterio de la vida y de la muerte tuviese categorías sociales y antropológicas- se pretende justificar el asesinato o el suicidio.

Si se considera que un ser humano con capacidades reducidas, como es el caso de la vida humana en el útero materno o como lo es la vida de un anciano en estado de postración, los dos sin poder valerse por sí mismos y dejando de lado sus posibilidades o proyecciones productivas o su capacidad de utilidad y de servicio, unos y otros son tan seres humanos como cualquiera de nosotros, dueños de una dignidad humana y merecedores de todo respeto. Los dos casos requerirán de cuidados y de un desprendimiento de unos y otros

⁵⁹ Constance Gard, “Eutanasia tema de controversia”, en el Telégrafo, Guayaquil, 08 06 2013, sección sociedad.



para lograr las condiciones para hacerlo, sin que esto justifique y valide el darles muerte.

Para la Bioética, cuando se trata de la enfermedad y de la muerte, se trata también de una actitud frente al dolor. Biológicamente, el dolor advierte el mal funcionamiento del organismo, está enfermo, la medicina restablecerá el organismo eliminando el dolor, pero al no ocurrir la cura y por tanto la continuación del dolor, se busca eliminarlo con la eutanasia y la suicidio. La aceptación del dolor representa madurez, frente a una enfermedad que no se supera y conduce a la muerte. [*“...para entender el sentido del dolor, hace falta, sin embargo, estar seguros de que algo existe y resiste más allá del dolor mismo y que en orden a un valor absoluto, el dolor es relativo”*]⁶⁰.

Para Ramón Lucas Lucas, la eutanasia se ubica entre las intenciones y los métodos usados, a nivel de las intenciones, hay eutanasia cuando se tiene la intención de poner fin a la vida o de acelerar su muerte. No hay eutanasia cuando la intención es de aliviar los sufrimientos, de enfermo aunque la medicina acelere su muerte, como efecto secundario no querido. A nivel de los métodos, hay eutanasia cuando, con el suministro de sustancias o con la omisión de terapias entre otras, alimento, respiración, conllevan a la muerte del enfermo., la Bioética, considera, cuando el enfermo se quita la vida por si solo se habla de suicidio, homicidio cuando se la aplica a alguien que no la ha requerido y los dos casos cundo ha solicitado y se le ha practicado.⁶¹

Amparo Medina, activista pro vida en Ecuador considera que somos parte de una cadena intereses ajenos y contrapuestos en varias ocasiones y declara que [*...“Ya basta de vender la vida de nuestros hijos al Imperio de las farmacéuticas, ya basta de obedecer al Imperio de la ONU, ya basta de decirnos a las mujeres que la única solución a nuestros problemas de vida es el aborto, la anticoncepción y la esterilización. El maltrato más grande que podemos recibir las mujeres es decirnos que matar a nuestros hijos soluciona nuestros problemas de maltrato, de violación, de abandono, de olvido social”*].⁶²

⁶⁰ (Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 172)

⁶¹ (Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 175)

⁶² Amparo Medina, "ministra de salud inconstitucionalmente legaliza distribución de pastilla de emergencia en centros de salud", en <http://parroquiamariareina.org/>



CAPITULO III

3. LA ANTICONCEPCIÓN EN EL CANTÓN CUENCA

3.1 Efectos de los anticonceptivos en hombres y mujeres

Las investigaciones en materia anticonceptiva se orientan a mejorar la efectividad de los métodos a reducir los efectos secundarios y a facilitar su uso sin que altere el acto sexual. La mayoría de los métodos son bastante antiguos, salvo los hormonales desarrollados en el siglo XX en especial desde finales de los 60.⁶³

La elección de métodos anticonceptivos, se rige por las preferencias personales, condiciones físicas de salud y de información, disponibilidad de los métodos y los costes que varían de un lugar a otro y del método elegido, también del grupo social, entre jóvenes estudiantes por ejemplo el acceso es restringido debido a que ello no manejan dinero, o entre la población más desposeída.

3.1.1 La anticoncepción en América Latina y el Ecuador

En toda América Latina, en los años 70 se inicia la implementación de políticas de planificación familiar, que redujeran la tasa de nacimientos de alrededor de siete hijos por mujer “[... estas políticas se enmarcaran en una preocupación internacional derivada de la visión neomaltusiana...]”⁶⁴ que considera la excesiva población mundial sobre todo de los países subdesarrollados como un peligro para la armonía planetaria.

Es a raíz de la Conferencia del Cairo, que esta política de control natal, se introduce en el discurso del Derecho, desde las libertades, desde la toma del control propio de varones y mujeres en la sexualidad y la reproducción.

⁶³ Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, España, Consejo Superior de Inv. Científicas, 2005, p. 91

⁶⁴ Pilar Egúez Guevara, “Mujeres y Población”, En Mercedes Prieto, Comp., *Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades 1990 2004*, Quito, CONAMU, FLACSO, UNIFEM, UNPFA, 2005, p. 42.



Alrededor de cuatro décadas el Ecuador ha obtenido donaciones de agencias internacionales, para implementar el uso y aplicación de anticonceptivos, estas donaciones han disminuido gradualmente. El Ecuador dejó de recibir anticonceptivos en el 2005, para financiar y adquirir estos con sus propios recursos.⁶⁵ Los gobiernos desde entonces buscan garantizar insumos para la anticoncepción.

Para el 2004 fue el MSP la principal fuente de la esterilización femenina y la aplicación DIU, el segundo lugar lo ocupa APROFE (Asociación Pro Bienestar de la Familia) CEMOPLAF (centro Médico de Orientación y Planificación Familiar), El Ministerio de Salud Pública (MSP) es también el segundo organismo en aplicar las inyecciones y la píldora. Las farmacias privadas es la fuente principal de los preservativos, las píldoras y las inyecciones.⁶⁶

Cabe mencionar que APROFE nace en Ecuador en 1965 como una entidad de derecho privado, sin fines de lucro, fundada por el italiano Paolo Marangoni Soravia, quien preocupado del crecimiento poblacional elevado, con la finalidad de contrarrestar estos niveles de crecimiento poblacional, entre su campo de actividad está la salud sexual y reproductiva. Por su parte CEMOPLAF nace para prestar servicios y productos de salud sexual y reproductiva, en la misma tónica que APROFE, con iguales características fue fundada en 1974. Estas dos instituciones han incidido enormemente en todo lo relacionado a la Planificación Familiar y a la salud sexual y reproductiva en el Ecuador.

3.1.2 Aspectos relevantes en el Ecuador

En la última década la población ecuatoriana se ha modificado disminuyendo el índice de crecimiento, proceso iniciado en la década de los 70. El Ecuador ha logrado bajar La Tasa Global de Fecundidad de 5.4 hijos por mujer a en 1979 a 3.3 hijos por mujer en el 2004. El uso de anticonceptivos en

⁶⁵ Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional USAID, "Políticas y prácticas para la adquisición de insumos anticonceptivos", Noviembre 2006, p 1.

⁶⁶ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004*. ... p 101 - 105.



el 2004 llega al 73 % de las mujeres en edad fértil. Cifra que se ha duplicado en casi 25 años. En cuanto a los usos y las preferencias de los distintos métodos según ENDEMAIN 2004: El 24.1 % han preferido la esterilización, es el primer lugar. Esta luego la píldora con 13.3 %, el DIU con 10.1 %, el método del ritmo lo usan el 7.5 %, 5.9 % prefieren usar la inyección anticonceptiva. Y el preservativo lo usa el 4.3 %⁶⁷.

A tal punto que en nuestros días en el País y en Cuenca, particularmente, existe una población joven, con expectativas de vida más altas que las generaciones anteriores. Estas nuevas generaciones, inician su vida sexual a más temprana edad elevando el porcentaje de padres y madres adolescentes.⁶⁸ Pero es a fines de los noventa que se implementan y se reconocen aspectos de salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos. Anteriormente, son los organismos y el financiamiento internacional quien desarrolla la planificación familiar.

Las familias, en efecto, hoy son más pequeñas, pese a la disminución de la mortalidad, gracias a la técnica y a la medicina. Aunque hayan asomado problemas de índole como accidentes, suicidios, propios de la vida agitada y estresada de los centros urbanos donde se va concentrando la población mayoritaria.

La CEPAR en 1999 (Centro de estudios de población y Desarrollo Social), consideraba en ese entonces en sus estudios una maternidad a corta edad. Una de cada tres mujeres de 15 a 24 años es madre, y tres de cada diez de este grupo son madres solteras de las cuales la mitad tiene por lo menos dos hijos.⁶⁹

Es de considerar otros factores para tratar la fecundidad en el Ecuador y particularmente en Cuenca, donde influye una enorme población emigrante de hombres y mujeres, los niveles de educación, urbanización de la población, influencias culturales externas, ente otras, cambios importantes para el

⁶⁷ (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004*. p. 101).

⁶⁸ (Pilar Egúez Guevara, "Mujeres y Población", 25, 26).

⁶⁹ Rodrigo Tenorio Ambrossi, "Mujeres y Cifras", *El Libro de la sexualidad, Sexualidad*, en Hoy, fascículo 4, 1997



comportamiento sexual y reproductivo cada vez a más tempranas edades y prematrimoniales. Según el Dr. Bernardo Vega con un promedio de 15 años para hombres y mujeres⁷⁰

La actividad sexual en las mujeres tradicionalmente se las analizaba desde su estado civil, dentro del matrimonio y es un factor importante. Pero las uniones de hecho se han incrementado y llegaron a ser el 22.6 % en el 2004 frente al 36.6 % de matrimonios, los matrimonios se conservan y se realizan sobre todo en el área rural, entre mujeres de estudio bajo, así mismo las separaciones y divorcios ocurre con más frecuencia en el área urbana 11,3 %, frente al 5 % en el área rural.⁷¹ Según los datos de ENDEMAIN para el 2004.

En el Ecuador el uso de anticonceptivos determina el nivel de fecundidad de la nación, tanto que en veinte años el uso de anticonceptivos, por parte de las mujeres se duplico, desde el 33,6 % hasta el 66,3 % en 1999. Para el 2004 el uso de anticonceptivos llegó al 72,7 %, con el 67,7 % en el área urbana y 72,7 % en el área rural⁷². En cuanto a los usos y las preferencias de los distintos métodos según ENDEMAIN 2004: El 24.1 % han preferido la esterilización, es el primer lugar. Esta luego la píldora con 13.3 %, el DIU con 10.1 %, el método del ritmo lo usan el 7.5 %, 5.9 % prefieren usar la inyección anticonceptiva. Y el preservativo lo usa el 4.3 %. El Ecuador ha logrado bajar La Tasa Global de Fecundidad de 5.4 hijos por mujer a en 1979 a 3.3 hijos por mujer en el 2004. El uso de anticonceptivos en el 2004 llega al 73 % de las mujeres en edad fértil. Cifra que se ha duplicado en casi 25 años.⁷³

3.1.3 Antecedentes geográficos y demográficos del Cantón Cuenca

El Cantón Cuenca, es uno de los cantones de la provincia del Azuay, tiene una extensión de 3.086 Km², su cabecera cantonal es la ciudad de Cuenca y es la capital de la provincia del Azuay, es un área geográfica ubicada

⁷⁰ Redacción Diario El Mercurio, "Comunicación, indispensable para la salud de los adolescentes", El Mercurio, 20 05 2012, Sección Salud.

⁷¹ (Pilar Egúez Guevara, "Mujeres y Población", En Mercedes Prieto, Comp., *Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades 1990 2004*, p. 49).

⁷² (Pilar Egúez Guevara, "Mujeres y Población", En Mercedes Prieto, Comp., *Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades 1990 2004* p. 53).

⁷³ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004*.101).



en el sur, de la región Sierra del Ecuador, el centro de la ciudad tiene una altura de 2560 metros sobre el nivel del mar y tiene una temperatura promedio de 15 °C, en invierno de 7 a 15 °C y en verano de 12 °C a 25 °C. Está dividida en 15 parroquias urbanas y 21 parroquias rurales.⁷⁴

El cantón Cuenca en el último censo del 2010 registro una población de 505.585 habitantes. Con una densidad poblacional cantonal de 163 habitantes por km². La cabecera cantonal con una extensión de 72 Km², y con 331.888 habitantes tiene una densidad poblacional de 3476 habitantes por km cuadrado.⁷⁵

La Pirámide poblacional del Cantón Cuenca por edad y grupos de edad, según sexo, nos muestra un crecimiento más o menos equilibrado en hombres y mujeres hasta un máximo crecimiento en edades de 15 a 19 años, para descender paulatinamente hasta edades de 100 y más años. Es importante señalar que existe una buena base piramidal poblacional que sustente por su edad laboral, a toda la población y permitirá un sustento de la población en general y de los adultos mayores en particular.

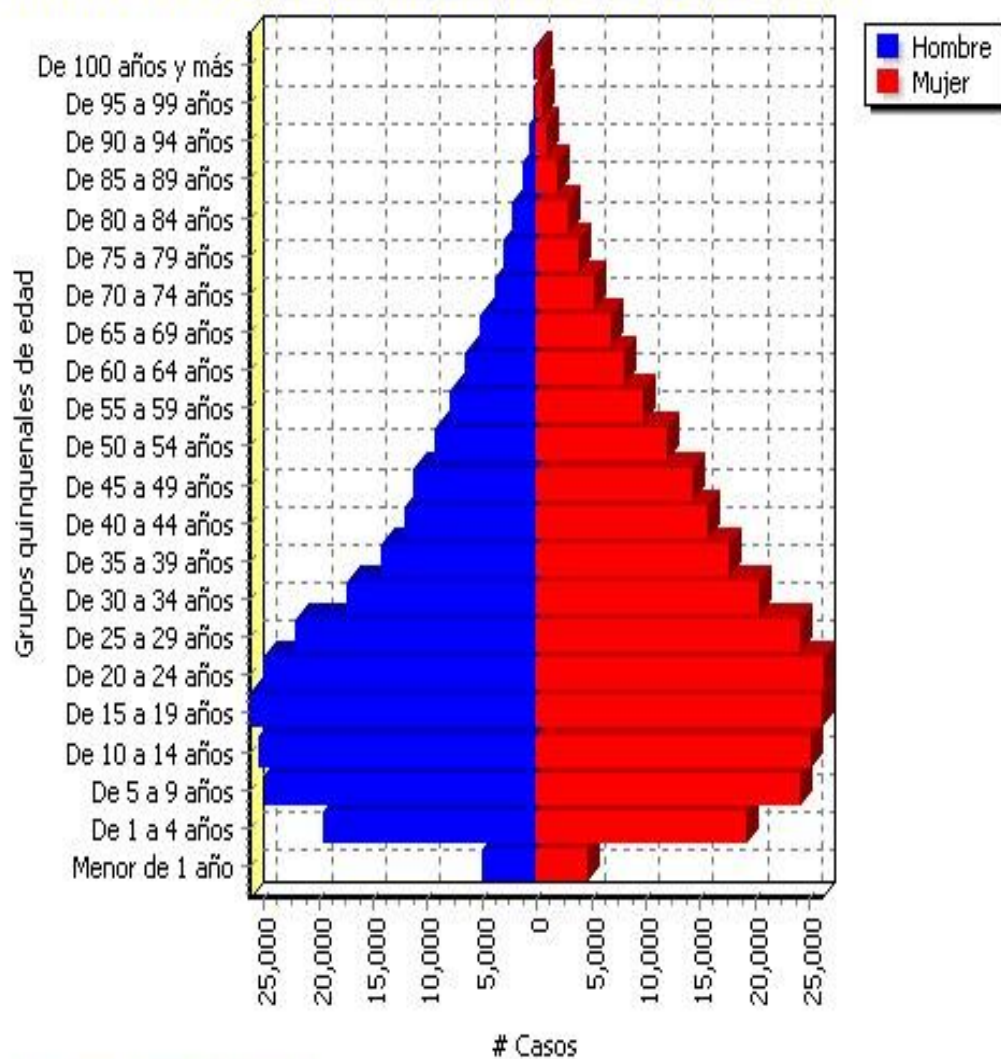
Para nuestro análisis, podemos observar una altísima población en edad fértil, tanto en hombres como en mujeres. En la tabla etaria 3.1 efectivamente encontramos una frecuencia, la más alta para el grupo poblacional, que tiene edades entre 15 y 19 años, con un porcentaje del 10,3 de toda la población.

⁷⁴ Municipalidad de Cuenca, “Breve descripción socioeconómica del cantón Cuenca”, Página de la I. Municipalidad de Cuenca 20 10 2013,
http://www.municipalidadcuenca.gov.ec/?q=page_socioeconomica

⁷⁵ CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (CPV 2010) , “Población, superficie y densidad poblacional”, INEC Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos,
www.inec.gob.ec/...CPV/2_Densidad_Pobla_Nac_Prov_Cant_Parr.XLSX

Grafico Nro. 3.1

Poblacion del Canton Cuenca por edad y grupos de edad



Procesado con Redatam+SP

CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA 2010

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS - INEC, ECUADOR

Tabla Nro. 3.1**Población del Cantón Cuenca por edad y grupos de edad**

Grupos quinquenales de edad	Sexo			
	Hombre	Mujer	Total	% Total
Menor de 1 año	4745	4454	9199	1,82
De 1 a 4 años	19416	18980	38396	7,59
De 5 a 9 años	24622	24073	48695	9,63
De 10 a 14 años	25355	24987	50342	9,96
De 15 a 19 años	26255	25889	52144	10,31
De 20 a 24 años	24882	26158	51040	10,10
De 25 a 29 años	21859	23972	45831	9,06
De 30 a 34 años	17174	20175	37349	7,39
De 35 a 39 años	14059	17470	31529	6,24
De 40 a 44 años	11864	15594	27458	5,43
De 45 a 49 años	10997	14167	25164	4,98
De 50 a 54 años	9171	11865	21036	4,16
De 55 a 59 años	7686	9631	17317	3,43
De 60 a 64 años	6383	7883	14266	2,82
De 65 a 69 años	4970	6686	11656	2,31
De 70 a 74 años	3679	5036	8715	1,72
De 75 a 79 años	2727	3610	6337	1,25
De 80 a 84 años	1926	2693	4619	0,91
De 85 a 89 años	1072	1690	2762	0,55
De 90 a 94 años	495	762	1257	0,25
De 95 a 99 años	137	256	393	0,08
De 100 años y más	23	57	80	0,02
Total	239497	266088	505585	100,00

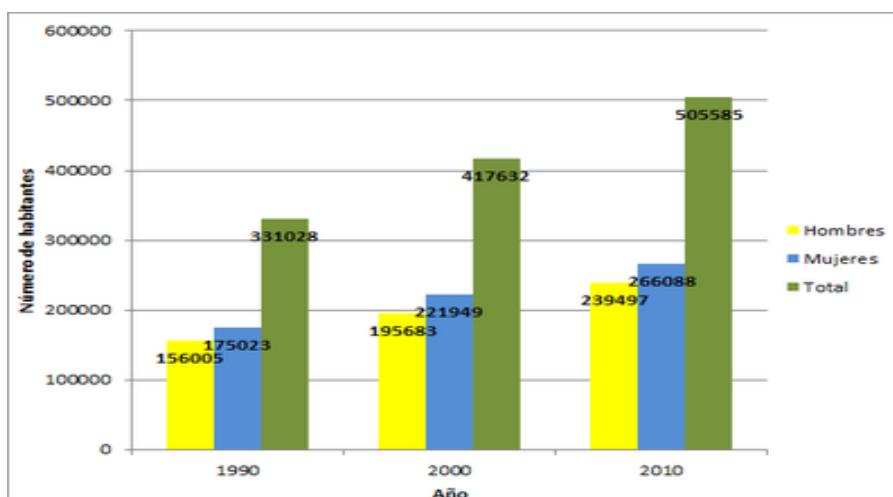
Fuente: CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA 2010**Elaborado por: El autor**

Le sigue en porcentaje edades entre 20 y 24 años con el 10,1 por ciento. Una población adolescente de 10 a 19 años que conforman el 20,27 %. Considerando una edad fértil femenina desde los doce años hasta los 49 tenemos una población fértil que alcanzo 158 052 de mujeres en el cantón Cuenca.

El Grafico Nro. 3.2, a continuación nos muestra una evolución de la población desde el año 1990. Con una diferencia siempre menor de los varones respecto de las mujeres, cosa que entre otros factores se explica también por la migración. Pero se reconoce un crecimiento ordenado.

Grafico Nro. 3.2

Crecimiento de la población en los últimos tres censos nacionales



La Encuesta Condiciones de Vida 2006, llevada a cabo por el INEC, cuyos informes se presentaron a finales de dicho año, revelaron algunos aspectos del ámbito de la sexualidad y reproducción. Esta encuesta fue realizada en todo el país con una muestra de 55666 hogares encuestados, de las cuales 3090 encuestas correspondieron a los hogares urbanos y rurales del Cantón Cuenca⁷⁶.

En estas encuestas se percibe que el encuestado siente un rechazo y una indisposición para responder a los temas íntimos y personales, relacionados a la sexualidad sobre todo, sobre el uso de anticonceptivos, el

⁷⁶ Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC, "Encuesta Condiciones de Vida ECV 2005 - 2006", Base de datos ECV2006 en www.inec.gob.ec

encuestado siente como una intromisión en la intimidad en especial las mujeres, lo que se corrobora con la respuesta de apenas 800 mujeres. Lo que da a entender también que la anticoncepción está lejos de ser tratada abiertamente y sin tabús como lo esperarían algunas organizaciones de mujeres y las efusivas campañas gubernamentales y de organismos internacionales. La sexualidad y la reproducción requiere de un tratamiento especial que pasa por aspectos relacionados con educación, creencias, religión, etc. con debidas consideraciones y no como a veces, en programas de educación sexual escolar con expresiones e imágenes fuertes que escandalizan, tal fue el razonamiento de algunos padres de familia de algunas escuelas de la ciudad de Cuenca, que miraron en los videos que servían para la educación sexual “imágenes de pornografía”, que se mostraba a niños de 8 años.⁷⁷

En esta Encuesta Condiciones de Vida 2006, aplicando el factor de expansión a la población total, de mujeres en condiciones de embarazarse se tiene:

Tabla Nro. 3.2
Métodos anticonceptivos usados por las mujeres del Cantón Cuenca

Método	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje Acum.
Ritmo o calendario	7464	7464	14,48	14,48
Píldora	5147	12611,0	9,98	24,5
DIU (espiral, T de cobre,)	8832	21443,0	17,13	41,6
Condón	3131	24574,0	6,07	47,7
Inyección	7472	32046,0	14,49	62,2
Ligadura	18465	50511,0	35,82	98,0
Retiro	269	50780,0	,52	98,5
Otro, cual	771	51551,0	1,50	100,0
Total	51551		100,00	

Fuente: ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2005 2006

Elaborado por: El autor

⁷⁷ Reacciones de padres de familia, en Taller “Bioética y sexualidad”, auditorio San Francisco, 02 06 2013



Estos resultados demuestran que para el año 2006. El 35.82 % ha optado por un método definitivo que es la Ligadura. Le sigue en frecuencia el DIU con 17,41 %. Los métodos naturales con las inyecciones son las que se disputan un tercer lugar. La muestra ciertamente es bastante pequeña y de esta pocas mujeres participan por lo que este indicador puede tender a variar.

El director del Proyecto Cuidados en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad (Cerca), Dr. Bernardo Vega informa que, en encuestas realizadas a 3260 personas adolescentes entre 12 y 18 años de edad en el 2011, determinaron que el 16,5 % habían mantenido relaciones sexuales. Para estos con un promedio de 15 años. La información que estos jóvenes en materia sexual la recibieron de sus padres el 57,25 %, de sus profesores el 21, 73 %. Siendo indispensable fortalecer la educación por parte de sus padres.

En referido estudio se establece también que los factores para retardar el inicio de las relaciones sexuales en jóvenes adolescentes están una familia nuclear, el joven se siente acogido y protegido con la presencia de su padre y madre, el desarrollo de una buena autoestima, fuertes convicciones religiosas, entre otras.⁷⁸

Para Vega una de cada diez mujeres que mueren durante el parto una es adolescente y de cada diez neonatos muertos dos corresponden a madres adolescentes. Es importante indicar también que 49500 adolescentes dan a luz cada año y 10500 más que no terminan el embarazo.⁷⁹ En Cuenca ocurren 1800 embarazos de adolescentes por año.

3.1.2 La salud reproductiva

El embarazo y el parto son procesos naturales, no enfermedades pese a los riesgos implícitos para madre e hijo, los programas de salud buscan reducir esos riesgos, disminuir la mortalidad materna e infantil, disminuyendo embarazos de alto y mediano riesgo.

⁷⁸ Redacción Diario El Mercurio, "Comunicación, indispensable para la salud de los adolescentes", El Mercurio, 20 05 2012, Sección Salud

⁷⁹ Redacción Diario El Tiempo, "Cada año hay 1800 jóvenes embarazadas", El Tiempo, 01 10 2013, Sección Salud



3.2 Consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las acciones de la salud sexual y reproductiva

3.2.1 Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos

Sobre la eficacia de los métodos anticonceptivos hay criterios de unanimidad pero no así sobre sus efectos secundarios, en algunos casos hay mucha polémica como en los métodos hormonales. En general cada uno de los métodos, usados actualmente tiene ventajas desventajas y contraindicaciones. “[...no hay método perfecto. El método ideal debería ser efectivo totalmente, no necesitar que el usuario se acuerde de tener que usarlo, ser barato, fácil de usar y aceptable por ambos miembros de la pareja y no tener efectos secundarios...]”⁸⁰.

3.2.1.1 Los métodos naturales

Implica a hombres y mujeres, una actitud de comprensión y respeto mutuo, por tanto pasa por la ruptura del machismo que ha cargado las responsabilidades a las mujeres en cuestiones de la reproducción y sus cuidados.

Una vez que se domine el método puede ser usado tanto para no embarazarse como para hacerlo. Carece de efectos secundarios, puede usarse por la mayoría de las mujeres, reduciendo al mínimo embarazos ectópicos, de altos índices en los otros métodos.

Son económicos.

Ayuda al cuidado y conocimiento de la salud y a la disciplina.

Salvo el método del coito interrumpido que tiene algunos efectos como son su baja efectividad, y porque puede acarrear problemas psicológicos. Los métodos naturales no tienen efectos secundarios, ni peligros y algunos son aceptados por las grandes religiones como el catolicismo que no aceptan otras formas anticoncepción. Estos métodos exigen un gran control por parte de la pareja y un mutuo entendimiento.

⁸⁰ (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 98)



Es importante hacer énfasis en la legitimidad que la Iglesia otorga a los métodos naturales, partiendo del hecho real de que todos los otros sean físicos, químicos, hormonales etc. dañan a la persona, según los análisis que estamos exponiendo. Daños diversos en la salud física y en la conducta por efectos psicológicos, que repercuten en el normal desenvolvimiento de las personas y deterioran las relaciones de la pareja y la estabilidad de la familia o por lo menos no permiten una integración y dialogo responsable y respetuoso entre sus miembros. Aspectos que se reflejan en la convivencia social macro que induce a un facilismo de las personas en prácticas sexuales sin medir sus diversas consecuencias, creyendo que la respuesta a este tipo de riesgos son los anticonceptivos, haciendo de hombres y mujeres objetos de deleite sexual.

3.2.1.2 Anticonceptivos hormonales

Los efectos secundarios de este método son numerosos, aunque medicamente no se los considera graves y muchos disminuyen después de los primeros meses de uso. Los peligros también son numerosos y hay contraindicaciones importantes que pueden llevar incluso a suspender del todo el método.

Una ventaja de la píldora es su inmediata suspensión en caso de necesidad y de presentar afecciones. No así el implante que requiere tratamiento médico. Inconveniente destacado también por las feministas que consideran reducidas sus libertades.

Investigaciones han determinado que los anticonceptivos orales pueden provocar a sus usuarias mayor riesgo para desarrollar trombo embolismo venoso (taconamiento de las venas) y riesgos de infarto al corazón. Con un riesgo cuatro veces más alto de trombo embolismo entre aquellas que usan píldoras. Incrementa también al doble el riesgo de desarrollar cáncer cervical o un precursor de este tipo de cáncer y las que usan píldoras más de seis años aumentan más los riesgos.

Algunos estudios sobre el uso de píldoras por las mujeres consideran un aumento de riesgo de cáncer de mama en pacientes que lo han usado por largo tiempo o antes de los 25 años de edad. En más de 50 estudios, en 1996



en un análisis realizado por el grupo el Grupo Colaborativo sobre Factores Hormonales en el Cáncer de Seno, [*“...encontró que las mujeres que usaban o habían usado recientemente píldoras para el control de la natalidad tuvieron un riesgo ligeramente más alto de padecer cáncer de seno que las mujeres que nunca habían usado la píldora. El riesgo fue más alto entre las mujeres que empezaron a usar anticonceptivos orales cuando eran adolescentes”*]⁸¹.

Hay posiciones discrepantes e incluso antagónicas como la de la OMS que cita como efecto colateral de la píldora el aumento del riesgo del embarazo ectópico [*“... los gestágenos reducen la movilidad de la trompa uterina con lo que el transporte del ovulo se retrasa y el producto de la fecundación anida en la pared de la trompa”*]⁸².

Por tanto en base a la diversidad de criterios los resultados no son concluyentes y pueden prestarse para manipulaciones tanto de defensores y detractores.

Entre los métodos llamados modernos está la píldora masculina desarrollada desde algún tiempo atrás, sin embargo por los fuertes efectos secundarios aún siguen en investigación, pero en algunas opiniones, poco se hubiera adelantado en este campo en el caso de mujeres si se aplicaban las mismas exigencias y no se tuviera la gama de anticonceptivos de los que hoy se dispone.

Los anticonceptivos inyectables ocasionaron también polémica sobretodo en sus inicios. Producían efectos como menstruaciones irregulares, disminución de la menstruación, después de un año de uso muchas mujeres llegaron a ser amenorreicas (ausencia de menstruación).⁸³ La amenorrea podría también ocurrir a causa de otros anticonceptivos, otros efectos también son dolor de cabeza, galactorrea (producción de leche materna en mujeres no embarazadas y sin niños lactantes), pérdida de la visión, aumento o

⁸¹ Hoja Informativa del Instituto Nacional del Cáncer, “las píldoras anticonceptivas y el riesgo del cáncer”, Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos, 21 03 2012, en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/pildoras-anticonceptivas-riesgo>

⁸² (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 104)
(Ramón Lucas Lucas, *Explícame la Bioética*, p. 79)

disminución importante en el peso, cambio en el tamaño de las mamas crecimiento del vello siguiendo un patrón masculino.⁸⁴

Los implantes subdérmicos han causado disfunciones mentales por tanto gran polémica, en ciertos casos amenorrea y en otros por el contrario sangrado abundante que puede producir anemia.

3.2.1.3 Anticonceptivos métodos barrera

El preservativo es uno de los métodos que ofrece menos efectos secundarios, y su uso no resulta complicado, protege contra el VIH/SIDA y ETS usándolo correctamente, aun así la protección no es total. Protege menos frente al herpes, virus de la verruga genital y otras enfermedades que producen úlceras en la piel. *[“...los que usan condón tienen 2 tercios de contraer gonorrea, tricomaniasis o clamidia, la mitad de riesgo de contraer VIH”].⁸⁵*

En un estudio parecido *[“...la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un análisis donde se combinaron los datos de 9 estudios publicados. Se llegó a la conclusión de que los usuarios de preservativos tenían dos tercios menos del riesgo de contraer gonorrea, tricomaniasis o infección por clamidia que los no usuarios. En este mismo análisis se descubrió que los usuarios de preservativos tienen un riesgo relativo de contraer VIH del 0.4%, o sea, menos de la mitad del riesgo al que se exponen los no usuarios”].⁸⁶*

El diafragma o capuchón tiene la ventaja de poderse usar en varios coitos a la vez. Sin necesidad de lavarlo o cambiarlo, una vez retirado de la vagina, se lo lava y se guarda pudiendo ser reutilizado hasta por un año.

3.2.1.4 Dispositivos Intrauterinos DIU

El mecanismo de acción es dificultar la movilidad del espermatozoide evitando que llegue al ovulo y sea fertilizado, pero impide también la

⁸⁴ Enciclopedia Medica en Línea, “Amenorrea”, 13 13 2013, Ferato.com el portal del a salud <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Amenorrea>

⁸⁵ (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 105)

⁸⁶ Manuel Ordoñez, “El Preservativo”, Estudios Epidemiológicos, 10 19 2013, <http://www.informacionsexual.com/info/condon/epidemio.htm>



implantación del ovulo en la pared del útero. Entre sus ventajas y desventajas hay más consensos que sobre otros métodos. Entre sus ventajas están que es duradero, efectivo, no interfiere en las relaciones sexuales, reversible y ayuda a prevenir embarazos ectópicos. Entre las desventajas ocurren cambios menstruales. Contraindicado, cuando hay antecedentes de inflamaciones pélvicas. Algunos autores no recomiendan su uso en periodos como el de lactancia aumenta el riesgo de perforación del útero.

El uso masivo del DIU, en sus inicios tuvo muchas complicaciones. En EE UU. La marca Dalkon provocó varios problemas que lo obligaron a eliminarlo del mercado, entre otros efectos causó mayor incidencia de enfermedades inflamatoria pélvica aguda, muertes por aborto séptico espontáneo, estudios mostraron que en el caso de las infecciones el causante no era el DIU sino que este facilitaba el movimiento de estas enfermedades desde la cervix a las trompas de Falopio pero se originan en la multiplicidad de compañeros sexuales expuestos a las ETS.⁸⁷

Las perforaciones del útero por los DIU, se ocasionaba mayoritariamente en el momento de su colocación y en total el problema llegaba a menos del 1%, el problema sin embargo fue significativo a tal punto que en algunos países las farmacéuticas se negaban a distribuirlo por temor a las demandas. [... *actualmente las contraindicaciones para el uso del DIU y los efectos secundarios son los mismos que al comienzo...*]⁸⁸

3.2.1.5 Esterilización masculina y femenina

Estas cirugías son de carácter irreversible en general no hay efectos secundarios salvo los propios del procedimiento quirúrgico. En nuestro país en los hospitales públicos se induce mucho a los pacientes a este tipo de cirugía, en varios casos sin informar debidamente sobre su irreversibilidad.

Pero varios estudios realizados reportan secuelas de alteraciones menstruales, histerotomía (extracción del útero o matriz), principalmente luego de 5 años de la operación y en las pacientes más jóvenes.

⁸⁷ (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 106)

⁸⁸ (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 106)



Las alteraciones en la menstruación parece darse por insuficiencia vascular, congestión venosa, alteraciones del sistema linfático y lesiones endocrinales, a largo plazo ocasionar alteraciones psíquicas, menopausia precoz, osteoporosis, y aumento de cánceres hormono dependientes. La vasectomía altera el sistema vascular, y puede conllevar cáncer de próstata.⁸⁹

3.3 El aborto y la pastilla del día después

La píldora del día siguiente (PDS) conocida como píldora del día después (PDD), también como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) y por otros anticonceptivo oral de emergencia (AOE), y se refiere según el Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia, que la define la anticoncepción de emergencia como: [*“varios métodos anticonceptivos que se pueden usar para impedir el embarazo después de las relaciones sexuales, métodos que incluyen las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE) que son dosis especiales de las píldoras de ordinario, incluido algún tipo de DIU”*]⁹⁰

Este método anticonceptivo consiste en una dosis elevada de estrógenos (0.1 mg de etinilestradiol con algún progestágeno o 0.75 mg de progestágeno levonorgestrel), tomada antes de las 72 horas desde el coito con una segunda dosis 12 horas después. Las dosis de mifepristona (10-25 mg en dosis única), no está registrado como PAE en América Latina y el Caribe. El cómo actúa no se conoce bien, se piensa que impide la ovulación. Puede producir también un espasmo de la musculatura lisa de la tuba uterina, modificando el paso del cigoto, esto es, del ovulo ya fecundado, de manera que llegue a la cavidad del útero antes de que el endometrio esté preparado para la implantación, imposibilitando la implantación del cigoto, en tres de cada cuatro posibles embarazos, como efecto adverso produce náusea y vómito, hay otro dispositivo anticonceptivo de emergencia, que consiste en un DIU de inserción hasta cinco días después del coito, y es de mayor eficacia⁹¹. La OMS al

⁸⁹ (Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, p. 106)

⁹⁰ International Consortium for Emergency Contraception, “Anticoncepción de emergencia: preguntas y respuestas para decisores políticos” 02 02 2013, www.cecinfo.org/.../13-0815-QA-for-Decision-Makers-2013-Spanish.pdf. p. 1

⁹¹ Ricardo Mendoza Patiño, *Farmacología Médica*, México, Editorial Médico Panamericana, 2008, p. 441



referirse a los criterios médicos de elegibilidad, para los anticonceptivos orales de emergencia (AOE), considera que para enfermedades cardiovasculares, migraña, angina de pecho, enfermedades hepáticas graves, embarazos ectópicos, y por su uso solo emergente [*“es de esperarse que tenga menor impacto”*]⁹²

Siempre la recomendación es usarla solo de emergencia, y dentro de las 72 horas después del coito para una efectividad del 75 %.

En el Ecuador, el Ministerio de salud Pública, emitió mediante el Registro Oficial el 25 de marzo del 2013 el reglamento para regular el acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud.⁹³

El documento indica que dará información y asesoría previa entrega y aplicación de los métodos anticonceptivos gratuitos y oportunos, entre ellos la anticonceptivo oral de emergencia, para toda la población en especial mujeres adolescentes. El reglamento indica también que "no se requerirá de autorización de la pareja o de la familia" para su uso. A más del AOE de dispondrá en los distintas dependencias de salud pública de anticoncepción oral simple y combinada; anticoncepción inyectable simple combinada; anticoncepción subdérmica, métodos temporales de barrera y métodos temporales intrauterinos. El artículo No. 8 indica que la AOE puede usarse a cualquier edad. Hasta ahora esta pastilla se vendía bajo prescripción médica, desde hace algunos años. El AOE, para los organismos de salud del Ecuador en base a [*“una fuerte y directa evidencia de que las PAE de LNG (Levonorgestrel) previenen o retrasan la ovulación, no inhiben la implantación”*]⁹⁴ por tanto no tiene efectos abortivos. En cuanto a los efectos secundarios el documento considera entre otros: Sangrado no relacionado con la regla, retraso de la regla más de 7 días, sangrado irregular, aumento de la

⁹² Organización mundial de la Salud, *Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Ginebra, OMS, 2005, p. PAE 2.

⁹³ Federación Médica Ecuatoriana, "Ministerio de Salud del Ecuador entregará la pastilla del día después de forma gratuita", 26 03 2013, <http://federacionmedicaecuadoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/86-ministerio-de-salud-de-ecuador-entregara-la-pastilla-del-dia-despues-de-forma-gratuita>

⁹⁴ Ministerio de Salud Pública, *Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud*, Quito, Registro Oficial No. 919, 25 03 2013.



sensibilidad de las mamas, fatiga, dolor de cabeza, mareos, dolor en la zona abdominal, náuseas, diarrea y vómitos.

Opiniones hay a favor y en contra, de estas medidas anticonceptivas, se plantean evidencias y contra evidencias médicas y científicas, para Liliana Ayala de Úraga, coordinadora de Operaciones de la Casa del Hombre Doliente, considera que se debe anteponerse la responsabilidad [*"Si la juventud actualmente es tan adelantada, tan preparada para tener sexo antes del matrimonio, debe ser inteligente para cuidarse"*]⁹⁵.

La educación sexual, que se ha realizado, ha sido insuficiente, el Ecuador, después de Venezuela ocupa el segundo lugar de embarazos en adolescentes en América Latina, según el plan andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considero ya en 1988 recomendable el uso del AOE. En el ecuador se puso a la venta en 1998. En un estudio de la FLACSO en el 2012, la revista Vistazo dice haber demostrado que 2 de cada 10 alumbramientos son de adolescentes, y que la mitad de las adolescentes que se embarazan optan por el aborto.⁹⁶

⁹⁵ Federación Médica Ecuatoriana, "Ministerio de Salud del Ecuador entregara la pastilla del día después de firma gratuita", 26 03 2013, <http://federacionmedicaecuadoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/86-ministerio-de-salud-de-ecuador-entregara-la-pastilla-del-dia-despues-de-forma-gratuita>

⁹⁶ Ricardo Hidalgo Ottolenghi, "la píldora del día después", En Vistazo No. 1105, 18 09 2013, Quito.



CONCLUSIONES

- Las características históricas de la anticoncepción en el Ecuador, permiten mirar una imposición de los métodos, por parte de organismos internacionales, con el impulso de los gobiernos locales y del pensamiento feminista y de género que han chocado con las estructuras culturales, religiosas, y se han anclado en el discurso de la autonomía, la libertad, la independencia y la liberación femenina. Esta contradicción es latente en medio de una población con una ruptura generacional en sus valores, conductas y comportamientos, una población actual del 80 % que se declaran católicos, donde la posición de la Iglesia Católica es contraria al uso de los métodos anticonceptivos artificiales.
- El ejercicio de la sexualidad vista desde el placer y el cuerpo como objeto de decisiones particulares, encierran una gran peligrosidad en una población juvenil poco y mal orientada, en una población con serios problemas de identidad cultural y con niveles de educación mediocre en general más una educación sexual parcializada por ser unilateral y de mala calidad. Una población sin una formación en valores humanos, sin una ética del ser, quedándole la promiscuidad, la anticoncepción fallida, embarazos precoces, abortos y muerte. Con la consiguiente inestabilidad social con un alto índice de conflictividad intrafamiliar. Mientras que el Estado genera políticas públicas, planes y programas que priorizan el uso de anticonceptivos y una distribución indiscriminada con poca información que termina acelerando el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes y en los adultos la promiscuidad.
- El sistema productivo ha exigido la participación laboral de la mujer, con premisas de calidad, rendimiento y maximización de las rentas, obligando a postergar la tenencia de los hijos hasta edades riesgosas, al tiempo que se le ha cargado la responsabilidad del cuidado anticonceptivo, con consecuencias negativas en su salud física, emocional y afectiva por el uso de anticonceptivos sean estos físicos, químicos u hormonales, degenerando su función reproductiva y maternal. Los sistemas económicos actuales donde priman la eficiencia y productividad



dominados por varones han obligado a las mujeres a masculinizar sus patrones de conducta, y a una reproducción de su comportamiento, incluso, defectos y actitudes negativas, en ciertos casos. Que ha conllevado a situaciones de libertinaje y a mal uso de la independencia económica y material por su capacidad laboral, siendo presa del egocentrismo, individualismo, promiscuidad sexual, y vulnerables a embarazos no deseados que pueden conllevar al aborto, enfermedades de transmisión sexual, complicaciones afectivas, reflejadas en los altos niveles de divorcios y separaciones casi alrededor de un tercio en relación a matrimonios realizados en el 2012.

- Las políticas públicas han priorizado bajar las tasas de natalidad, promoviendo el uso de anticonceptivos artificiales dejando de lado un conjunto importante de enfermedades en las mujeres que los usan desde cefaleas, hasta cáncer de distintos tipos, embarazos ectópicos, depresión, disfunciones sexuales, cambios de comportamiento, entre otros, efectos que poco han sido analizados e investigados por parte del Estado u otros organismos.
- La sociedad actual ha comercializado y configura las actitudes y comportamientos relacionados a la sexualidad y al erotismo, tanto así que todo o casi todo lo que implica ventas y comercio, propaganda y publicidad, cine y televisión contiene escenas e imágenes con connotación y contenido sexual, con indiferencia en la generación de políticas públicas que regulen esta información o mala formación del pensamiento de la población especialmente de los niños niñas y adolescentes. Estas prácticas en el manejo de la información han configurado una cultura contraria a la vida, cultura que se incomoda con los hijos, mira a los embarazos como una tragedia, fomenta un mensaje hedonista orientado al placer y a las prácticas sexuales sin responsabilidades, a una existencia superficial vacía de principios y de reflexión. Siendo expuestos a estas condiciones toda la población, afectando seriamente a los más vulnerables los niños, niñas y adolescentes, con programas educativos que a medias informa y no necesariamente sobre educación sexual sino sobre genitalidad e instrumentación anticonceptiva.



RECOMENDACIONES

- Los gobiernos, instituciones educativas, ministerios de salud deberían desarrollar campañas de concientización y capacitación en temas de reproducción y sexualidad desde los conflictos asociados, en todos los niveles, programas educativos con un carácter integral sobre la persona, considerando sus posiciones culturales y sus sistemas de valores humanos, desde una bioética profunda.
- La población debe estar lo suficientemente informada con veracidad y certeza hombres y mujeres, sobre las consecuencias del uso de métodos anticonceptivos. Los problemas asociados en su salud física y emocional para que las opciones que considere adecuadas no tenga consecuencias negativas.
- Es un deber de todos impulsar una mentalidad sana en toda la población creando equilibrios en las relaciones inter generacionales conflictivos hoy en día, con prevalencia en la unidad e integración familiar y comunitaria, con protección a la familia fortaleciendo la comunicación de padres a hijos y a la población más vulnerable que la constituyen niños, niñas y adolescentes.
- Desarrollar programas de investigación profundos sobre los impactos del uso de anticonceptivos y buscar alternativas adecuadas que no impliquen el deterioro o la exposición de la salud de las personas especialmente de las mujeres que los usan.



BIBLIOGRAFIA

- Heidenheimer, A. J., Hecló, H. y Teich, C., *Comparative, Public Policy, The politics of Social Choice in America, Europe and Japan*, New York, St Martin's Press, 1990.
- Parsons, Wayne, *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas*, Trad. Al español por Ateneo Acevedo, México, Flacso - México, 2007.
- Castro, Sánchez, Ana Elisa y Evangelista Martínez, Elí, *Desarrollo Local y Trabajo Social*, México, Mimeo, ENTS-UNAM, 1999
- Ramírez, René, *Igualmente pobres, desigualmente ricos*. Quito, Ariel-PNUD, 2008.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES, *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013*, Quito, SEMPLADES, 2009.
- Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Quito, Ministerio de Salud Pública, 2007.
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)”, 20 09 2013, disponible en: <http://www.desarrollosocial.gob.ec>
- Lucila Scavone, “Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas: entre la salud la ética y los derechos ”en Lucila Scavonecomp., *Genero y salud reproductiva en América Latina*, Costa Rica, Editorial Tecnológica de Costa Rica, 1999.
- Ana López Dietz, “Historia de las mujeres en Chile, el feminismo obrero y la lucha por la emancipación”, en Ana López Dietzcomp. “*Teoría de género, feminismo y sus implicaciones para la educación*”, Chile, Marchant, J. P., Soto, E., 2009, p. 136
- Eva, Gil Rodríguez, Lloret, Imma, *La violencia de Género*, Barcelona, Editorial UOC, 2007.
- Organización Panamericana de la Salud, *Definiciones Sexo-Género. En: Taller de Capacitación en Género, Salud y Desarrollo*. La Habana, Cuba 1995 citado por: Consejo Nacional de Salud, *Política de Salud y*



Derechos Sexuales y Reproductivos, Quito, Ministerio de Salud Pública, 2007.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), “VII censo de población y VI de Vivienda”, 2010, disponible en www.inec.gov.ec
- Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), Matrimonios y Divorcios 2012 disponible en www.inec.gob.ec
- Ramón, Lucas, Lucas, *Explícame la Biótica*, Madrid, Palabra, 2005.
- Brian Clowes, “*Cosas de la vida*”, Human Life International, 2001.
- Mario Cabrera Valverde, *Temas de Bioética*, Costa Rica, Ediciones Promesa, 2005.
- AbbyJhonson, *Sin Planificar*, España, Ediciones Palabra, 2011.
- Francisco José Herrera, *El Derecho a la vida y el aborto*, Bogotá, Universidad del Rosario, 1999.
- Ignacio Nuñez, “*de la dignidad del embrión, reflexiones en torno a la vida humana naciente*”, Madrid, universidad Comillas, 2008.
- Dirección Nacional de Asesoría Jurídica de la PGE (Procuraduría General del Estado), Código Penal, Quito, Actualizado a mayo 2013.
- JhonKeown, Comp., *La Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas, legales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2004
- Pilar Egúez Guevara, “Mujeres y Población”, En Mercedes Prieto, Comp., *Mujeres ecuatorianas entre la crisis y las oportunidades 1990 2004*, Quito, CONAMU, FLACSO, UNIFEM, UNPFA, 2005.
- Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional USAID, “Políticas y prácticas para la adquisición de insumos anticonceptivos”, Noviembre 2006.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*, ENDEMAIN 2004.
- Magda Ruiz, Anna Cabré Pla, Teresa Castro y Montse Solsona, *Anticoncepción y salud reproductiva en España, Crónica de una revolución*, España, Consejo Superior de Inv. Científicas, 2005, p. 91
- Patricia Palacios Jaramillo, “Los derechos de las mujeres en la nueva Constitución”, artículo de análisis del Cuaderno: “La Asamblea Constituyente: contexto, funcionamiento y estrategia de actores”, IRG



Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza, 03.2008, disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-452.html>.

- Ricardo Mendoza Patiño, *Farmacología Médica*, México, Editorial Médico Panamericana, 2008, p. 441
- Organización mundial de la Salud, *Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, Ginebra, OMS, 2005, p. PAE 2.
- Amparo Medina, “Desenmascarando a la ONU”, 10 09 2013, conferencia en video disponible en: <http://otrofeminismoesposible.blogspot.com>
- Alicia, Guntiña Castillo, “Ginecología, anticoncepción y métodos anticonceptivos”, Publicaciones para pacientes y estudiantes, 2008, 01 09 2013 disponible en: <http://alicia-guntinas.espacioblog.com/posts/archive>.
- Jokin de Irala, Miguel Martínez-González, “Métodos Anticonceptivos Vs Métodos Naturales”, en Acepresa, 07 04 2000, disponible en: <http://www.acepresa.com/articles>
- Nancy Tosi, “Los Anticonceptivos y sus efectos”, conferencia dictada en auditorio San Francisco, 07 06 2013
- Módulo de Capacitación I, Próvida, Dignidad humana y vida Prenatal, p. 2, cita a Henshaw, familyPlanningPerspectives, 1990.
- Gilda Sedgh, “Aborto inducido: incidencias y tendencias mundiales 1995 2008”, en revista TheLancet, vol 379, no. 9816, new York, 2012.
- Peter Saunders, “La generación que mató a sus hijos va a ser asesinada por sus propios hijos”, noticier Signo de los Tiempos, 25 09 2013, <http://forosdelavirgen.org/61337/>
- Teresa Borja, “Sexualidad y Aborto”, El Libro de la sexualidad, Sexualidad Hoy, fascículo 15, 1997
- Xavier Flores Aguirre, “la historia de una, la historia de todas”, Aborto: Análisis Constitucional, Ecuador, 2708 2013, <http://gkillcity.com/index.php/el-mirador/963-aborto-analisis-constitucional>
- Radio RPP, Salud en RPP, “El Síndrome Posaborto”, Prod. Betty ElíasCorani, Perú, 20 03 2012, 8am.



- Noticias Globales, “El Testamento del Doctor Nathanson”, 23 02 2011, <http://www.noticiasmglobales.org/comunicacionDetalle.asp?Id=1433>
- Pilar Gutiérrez Vallejo, “el Síndrome Post aborto”, Aciprensa, 16 09 2013, <http://www.aciprensa.com/aborto/post-aborto.htm>
- Luis Fernández Cuervo, “Un paso valiente y progresista”, En el Diario de Hoy, El Salvador, 11 de febrero 2002, sección Editorial
- Constance Gard, “Eutanasia tema de controversia”, en el Telégrafo, Guayaquil, 08 06 2013, sección sociedad.
- Amparo Medina, “ministra de salud inconstitucionalmente legaliza distribución de pastilla de emergencia en centros de salud”, en <http://parroquiamariareina.org/>
- Rodrigo Tenorio Ambrossi, “Mujeres y Cifras”, El Libro de la sexualidad, Sexualidad, en Hoy, fascículo 4, 1997
- Redacción Diario El Mercurio, “Comunicación, indispensable para la salud de los adolescentes”, El Mercurio, 20 05 2012, Sección Salud.
- Municipalidad de Cuenca, “Breve descripción socioeconómica del cantón Cuenca”, Página de la I. Municipalidad de Cuenca 20 10 2013, http://www.municipalidadcuenca.gov.ec/?q=page_socioeconomica
- CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (CPV 2010) , “Población, superficie y densidad poblacional”, INEC Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, www.inec.gob.ec/...CPV/2_Densidad_Pobla_Nac_Prov_Cant_Parr.XLSX
- Redacción Diario El Mercurio, “Comunicación, indispensable para la salud de los adolescentes”, El Mercurio, 20 05 2012, Sección Salud
- Redacción Diario El Tiempo, “Cada año hay 1800 jóvenes embarazadas”, El Tiempo, 01 10 2013, Sección Salud
- Hoja Informativa del Instituto Nacional del Cáncer, “las píldoras anticonceptivas y el riesgo del cáncer”, Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos, 21 03 2012, en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/pildoras-anticonceptivas-riesgo>
- Enciclopedia Medica en Línea, “Amenorrea”, 13 13 2013, Ferato.com el portal de la salud <http://www.ferato.com/wiki/index.php/Amenorrea>



- Manuel Ordoñez, “El Preservativo”, Estudios Epidemiológicos, 10 19 2013, <http://www.informacionsexual.com/info/condon/epidemio.htm>
- International ConsortiumforEmergencyContraception, “ Anticoncepción de emergencia: preguntas y respuestas para decisores políticos” 02 02 2013, www.cecinfo.org/.../13-0815-QA-for-Decision-Makers-2013-Spanish.pdf. p. 1
- Federación Médica Ecuatoriana, “Ministerio de Salud del Ecuador entregara la pastilla del día después de firma gratuita”, 26 03 2013, <http://federacionmedicaecuadoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/86-ministerio-de-salud-de-ecuador-entregara-la-pastilla-del-dia-despues-de-forma-gratuita>
- Ministerio de Salud Pública, *Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el sistema nacional de salud*, Quito, Registro Oficial No. 919, 25 03 2013
- Ricardo Hidalgo Ottolenghi, “la píldora del día después”, En Vistazo No. 1105, 18 09 2013, Quito.

ANEXOS

ANEXO 1: RESUMEN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos Barrera: Anticonceptivos que impiden la unión del ovulo con el espermatozoide

Método	Detalles	Problemas	Ventajas
Preservativo profiláctico o condón	Funda de goma, lo usa el hombre, de 80 a 90 % de eficacia	-Frágil, puede romperse. -Puede causar alergias - No siempre evita ciertas enfermedades incluido el VIH-SIDA.	-Fácil de usar -Disponible sin receta
Preservativo femenino	Funda de goma con dos anillos a los extremos, 78 a 85 % de eficacia	-Puede causar irritaciones y alergias -Difícil colocación -Poco disponible en el medio pero sin receta -Costo mayor al condón	-Barrera más amplia a las ETS que el condón
Diafragma	Disco de goma, del 75 al 79 % efectividad	-Baja efectividad -Baja protección a los ETS -Está en desuso -Infecciones, alergias e irritación, dolor al orinar -Se usa con espermicida	-No produce cambios hormonales -dura hasta un año



Esponja	Disco de esponja, alrededor de 85 % de efectividad	-Dejarse puesto 8 horas después del coito -No protege de las ETS -Molesto para la mujer -Alergias e inflamación pélvica -difícil retirar, puede causar shock toxico	-No necesita receta -No contiene hormonas
Espermicidas	Sustancia química en óvulos, gel cremas etc. Lo muy poco eficiente	-Irritaciones, alergias -mayor exposición a las ETS	-usados con otros métodos como los anteriores.
Coito interrumpido	Interrupción de la relación sexual, poco eficiente	-Puede producir graves trastornos -Congestiones pélvicas dolorosas	-No tiene costo

Métodos hormonales: que actúan evitando la ovulación y también la implantación (abortivos)

Método	Detalles	Problemas	Ventajas
Píldora anticonceptiva	Pastillas de dos hormonas estrógeno y progestina, de toma diaria. Con 97 % de eficacia	-Dolores de cabeza, depresión, cambios temperamentales -Cambios de peso -control y receta medica -no se combina con ciertos medicamentos	-Puede ayudar a normalizar la menstruación -Prevenir anemia



Parche	Banda adhesiva que libera hormonas, 99 %, cuando no hay problema de despegue	<ul style="list-style-type: none"> -Causa sarpullidos -Puede desprenderse -Trombosis -Bajo prescripción médica, no indicado en enfermedades hepáticas, sobrepeso o de corazón -Nauseas, hemorragias, tumores 	<ul style="list-style-type: none"> -Fácil aplicación -Dura una semana -Disminuye acné
Diu Dispositivos Intrauterinos	Objeto plástico o metálico, con sustancias químicas. 98 % de efectividad	<ul style="list-style-type: none"> -causa atrofia endometrial, dolor mareo -Perforación del útero -Infecciones, sangrado Embarazos ectópicos -Control médico 	<ul style="list-style-type: none"> -Económico -Uso en la lactancia
AOE Anticonceptivo Oral de Emergencia	Comprimidos de hormonas progestina sola o con estrógeno, 75 % de efectividad usado correctamente	<ul style="list-style-type: none"> -Altera la menstruación -dolores de cabeza, mareo, sangrado -Sobrecarga de hormonas -Riesgo de tumores -no recomendable para uso constante 	Usado después del coito



ANEXO 2: DISEÑO DE TESIS

1. Título

**Rasgos Culturales, Políticas Públicas en la Salud Sexual y Reproductiva.
Caso: Población del Cantón Cuenca. Periodo 2011 – 2013.**

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar los rasgos culturales, las políticas públicas, que están permitiendo el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva a la población del cantón Cuenca desde el año 2011.

2.2 Objetivos específicos

- Examinar las políticas públicas, planes y programas de la salud sexual y reproductiva y los resultados efectos y consecuencias de las prácticas en salud sexual y reproductiva.
- Analizar los cuestionamientos a la salud sexual y reproductiva, los métodos anticonceptivos y sus riesgos.
- Identificar las posiciones de la Iglesia, grupos organizados, la cultura de la vida y sociedad civil en torno a la salud sexual y reproductiva.

3. Marco Teórico

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

El termino salud sexual y reproductiva es definido por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD), que fue realizada en 1994 en el Cairo. La CIPD, reconoce, una interdependencia, en el orden mundial sobre asuntos mundiales de población y busca medidas en torno a un crecimiento económicamente sostenido. Y espera un crecimiento poblacional en los próximos veinte años que va desde los 7100 millones de habitantes como baja y de 7800 millones como alta. [*“...para el 2050 prevé 7900 millones como baja y 11900 como máxima.*



Tratando de mantener una tasa de crecimiento poblacional que no sobrepase la actual de 90 millones por año”⁹⁷.

Políticas Públicas en el Ecuador

Las políticas públicas, presuponen ámbitos de la vida colectiva de las sociedades. Ello requiere de medidas comunes de regulación gubernamental o social. Lo público y lo privado es una discusión aun inconclusa desde la antigüedad, lo único cierto es una interdependencia. El Estado tiene como función crear condiciones que garanticen el interés público.

La esfera pública asegura un marco legal y de derechos, pero sin interferir en los intereses personales “[...*los intereses privados convergerán con el interés público*]”⁹⁸.

El Ecuador ha suscrito convenios internacionales de Derechos Humanos, suscribió las Declaraciones, Plataformas y Planes de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, así mismo de la Cuarta conferencia Mundial de la Mujer en Beijing donde se aborda los derechos sexuales y reproductivos.

El gobierno de Rafael Correa, presenta para fines del 2007 a través del Directorio del Consejo Nacional de Salud políticas sobre Salud Sexuales y Reproductivos, en un escenario donde el crecimiento poblacional es un factor más para el “disfrute sexual pleno”, declaratoria que ha ocasionado serias discusiones en el interior de los grupos familiares debido a la ausencia de una formación cultural, religiosa, democrática frente al tema y de la misma sociedad.

La política sobre Salud Sexual y Reproductiva, se dirigen a cuidar a una población cada vez más joven que de manera más temprana se inician en las prácticas sexuales, donde se presentan factores como: altos riesgos de embarazos en adolescentes antes de los 18 años; un alto índice de abortos en condiciones de riesgo, sumado a ello la falta de acceso y de información a las tecnologías y los servicios de anticoncepción. Desde la visión gubernamental para el 2015 se espera una población que ejerza una vida sexual plena, con

⁹⁷ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, 5- 6

⁹⁸ Parsons, Wayne, Políticas Públicas, 2007, 38



atención integral de salud sexual y reproductiva que permitirá una mejor calidad de vida.

En este afán como parte de los programas y acciones de la Salud Sexual y Reproductiva, inicia un proceso de distribución de anticonceptivos incluida la llamada pastilla del día después o anticoncepción oral de emergencia AOE. La entrega a la población es gratuita, es decir, el Estado asume los costes de de tales servicios, con el dinero de cada contribuyente del país.

Salud Sexual y Reproductiva

El concepto desarrollado en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) en el Cairo en 1994, es el que rige para las políticas al respecto en todo el mundo, también en el Ecuador.

La Salud Sexual y reproductiva es definido como el *“completo estado de bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia de enfermedades o dolencias, que permiten a un individuo relacionarse, sentir y expresar afecto”*⁹⁹, la salud sexual tiene que ver también con la posibilidad de formar pareja, la libertad en su identidad sexual, en dimensiones comunicativas, de afecto, de placer y de reproducción, expresadas en su conducta, en sus experiencias practico vivenciales. La atención en salud sexual y reproductiva, incluye todos los métodos y técnicas que conllevan a la salud al bienestar reproductivo y a la solución de problemas relacionados.

Tiene que ver con el gozo de una vida sexual sin riesgos y satisfactoria, libertad para tener o no hijos. Fija como objetivo de la Salud sexual *“[...el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”*¹⁰⁰.

Feminismo

El feminismo representa una manera de pensar y mirar la realidad, conlleva una filosofía, una postura política social, un cambio personal y nuevas actitudes y acciones frente a la vida. El feminismo se opone a la opresión de la mujer, al

⁹⁹ Consejo Nacional de Salud, Políticas de Salud y Derechos Reproductivos, 2007, 39

¹⁰⁰ (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, 37)



patriarcado y a la violencia, aspectos que mantienen la subordinación y dominación a las mujeres.

Genero

Al concepto de género lo asumo como, una construcción social de la que derivan los roles que culturalmente se les ha asignado a las mujeres donde ocupan lugares secundarios no reconocidos, razón por la que el género busca suprimir los roles que culturalmente se les ha asignado.

El feminismo usa el término género como una herramienta para disminuir las diferencias de género y hacer un mundo más compartido, a través de garantizar una organización social que impulse relaciones entre los sexos de manera equitativa, rechaza el determinismo biológico. Para Joan Scott el género no es un tema nuevo, [*permite diferenciar la práctica sexual de los roles sociales asignados a las mujeres y a los hombres*"].¹⁰¹

Ética

Para analizar el tema tomaremos el concepto de Habermas, para quien la Ética trata de determinar la validez de una norma asentada en el acuerdo y tiene como base la noción de un comportamiento justo y correcto, que no admite ni amenazas ni engaños. Estos acuerdos con aprobación de todos se vuelven universales y se convierten en normas.

La Ética tiene como fundamento la dignidad que acompaña al ser humano, es un valor intrínseco y absoluto, el ser humano posee un valor por el mero hecho de ser persona, más allá de color de piel, edad, si ha nacido o no todavía, estado de salud, si es pobre o rico, etc. Esta cualidad no es posible medir, no hay personas que valen más o menos que otras.

Bioética

Hasta 1970, nada se hablaba de la Bioética, relacionados con la salud y la vida surgen las primeras concepciones respecto a la Bioética, que articula el conocimiento de la Biología, con el conocimiento de los Valores humanos y sus sistemas.

¹⁰¹ (Scott, Joan, Genero e Historia, 2008,53)



Entre los primeros estudios de este tipo en el siglo XX son desarrollados por la Iglesia Católica en relación con la Teología Moral, que considera temas de la salud humana, donde “[...la investigación de una sabiduría, es decir, de un conocimiento que nos haga capaces de realizar juicios adecuados, en relación con lo que podría constituir un progreso físico, cultural o filosófico, para una supervivencia humana filosófica.”]¹⁰²

Ser Humano

En nuestros días persiste una visión cosificada del ser humano, como lo sostuvo Marx se ha convertido en un objeto de productividad para la economía y un objeto hedonista para el placer, como simple pieza social, incapacitado de decidir por sí mismo.

Sin embargo, el ser humano, es más que simple pieza o cosa, es cuerpo espiritual, y teológicamente espíritu encarnado, una dimensión de unidad sustancial de alma espiritual y cuerpo material. El cuerpo es parte intrínseca de la persona y no un mero accidente suyo, no es un traje de vestir que luego se puede cambiar.

Es de tomar en consideración por tanto que por ser persona el ser humano, lo es porque tiene conciencia, tener una historia y un lugar social, que le permite constituirse en actor y sujeto social.

La anticoncepción y los métodos anticonceptivos

Son métodos de regulación de la natalidad, son acciones que previas a las relaciones sexuales, impide e imposibilita la concepción, el encuentro entre el ovulo y el espermatozoide. A veces, sin embargo, mucho de los llamados anticonceptivos, impiden que el ovulo ya fecundado pueda desarrollarse; no son anticonceptivos, sino abortivos.

4. Problemas

Objetivo 1

Examinar las políticas públicas, planes y programas, de la Salud Sexual y Reproductiva y los resultados efectos y consecuencias de las prácticas en salud sexual y reproductiva.

¹⁰² Cit. Ciccone, Lino, Bioética, historia principios cuestiones, 2006, 14

**Problema 1**

Las políticas públicas, en torno a la Salud Sexual y Reproductiva, han implicado en el Ecuador, una imposición más que un acuerdo, hay escasa información y debate entre la población. De ahí que la controversia que se ha suscitado este asunto es problema serio en el seno de las comunidades y de las familias. El propósito de nuestra investigación es saber cuáles son las formas que asume este problema para la sociedad. A quienes afecta, que cambios culturales y éticos ocasiona en el seno de las familias y de la sociedad, como inciden las políticas públicas en la vida de las personas,

Objetivo 2

Analizar los cuestionamientos a la salud sexual y reproductiva los métodos anticonceptivos y sus riesgos.

Problema 2

La población adulta sobre todo cuestiona las iniciativas de la Salud Sexual y Reproductiva, los grupos pródiga que mejor recogen esta perspectiva consideran que estas iniciativas implican condiciones adversas para la salud de las mujeres, para la convivencia social armónica, según está grupo se opone a expresiones y valores culturales importantes. Por tanto interesa a esta investigación conocer porque los planteamientos de este grupo no son conocidos en la sociedad, y cuál es el nivel de conciencia de la colectividad sobre este problema.

5. Metodología

Los métodos que se usaran para este estudio son:

Método cualitativo inductivo, que permite el análisis y la reflexión que tienen que ver con la salud Sexual y reproductiva y para observación: testimonios, historias de vida, videos.

La investigación también se nutrirá de los métodos cuantitativos cuyas herramientas son encuestas y entrevistas.

6. Esquema Tentativo*Capítulo 1*

- ❖ Políticas públicas en el Ecuador
 - Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador y el Cantón Cuenca



- Feminismo y salud sexual y reproductiva
- Género y salud sexual y reproductiva

Capítulo 2

- ❖ Riesgos de la Salud Sexual y Reproductiva
 - Cuestionamientos culturales a los planteamientos de la salud sexual y reproductiva
 - Bioética frente a la salud sexual y reproductiva
 - Bioética y la visión pródica
 - Sociedad civil frente a la salud sexual y reproductiva

Capítulo 3

- ❖ La anticoncepción en el cantón Cuenca
 - Efectos de los anticonceptivos en hombres y mujeres
 - Consecuencias físicas psicológicas y sociales de las acciones de la salud sexual y reproductiva
 - El aborto y las pastillas del día después.

7. Resultados

Al terminar este trabajo, se espera contar con un documento reflexivo e informativo con un análisis que permitan tener una herramienta de apoyo para entender y sustentar mejor la comprensión de la salud sexual y reproductiva.

También pretende ser un documento educativo que muestre las características desde un enfoque diferente como es el del respeto hacia la intimidad, la dignidad, la vida, los valores y la ética, más allá de los derechos al que puede o no acogerse según las condiciones de la libertad a elegir de los individuos, pero sin la coacción de los medios de comunicación.

8. Bibliografía

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
El Cairo, 1994.

Parsons, Wayne, Políticas Públicas, Miño y Dávila srl, 2007, Argentina.

Scott Wallach, Joan, Género e Historia, Fondo de Cultura Económica, México, 2008.



Gil, Eva, Lloret, Irma, La Violencia de Género, Editorial UOC, Barcelona, 2007.

Peeters, Marguerite, Marion-Etica, La ONU y su Ley, Ediciones Rialp, España, 2010.

Mazarrasa Alvear, Lucía, Gil Tarragato, Sara, Salud Sexual y Reproductiva, Modulo 12

Salud Sexual y Reproductiva, Decreto Ejecutivo No. 2717, 2005

Acuerdo Ministerial 2490, Registro Oficial 919, 2013

Cicone, Lino, Bioetica, Historia Principios Cuestiones, Ediciones Palabra, 2006, España.

Lucas Lucas, Ramón, Explícame la Bioética, Ediciones Palabra, España, 2005.

www.vidahumana.org

Concilio Vaticano II, Constitución Dogmatica, Gaudium et Spes.